

Série 1

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE & DE PHARMACIE DE LYON

N° 272

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE
L'URHÉTRITE CHRONIQUE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Et soutenue publiquement le jeudi 30 juillet 1885

PAR

F. BASTARD

ANCIEN INTERNE DES HÔPITAUX DE MARSEILLE

Né à Pézenas (Hérault), le 23 mai 1857.



LYON

IMPRIMERIE ADMINISTRATIVE A. WALTENER ET C^{ie}

14, RUE DE LA BELLE-CORDIÈRE, 14

Juillet 1885

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE
L'URHÉTRITE CHRONIQUE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Et soutenue publiquement le jeudi 30 juillet 1885

PAR

F. BASTARD

ANCIEN INTERNE DES HÔPITAUX DE MARSEILLE

Né à Pézenas (Hérault), le 23 mai 1857.



LYON

IMPRIMERIE ADMINISTRATIVE A. WALTENER ET C^{ie}

14, RUE DE LA BELLE-CORDIÈRE, 14

Juillet 1885

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. LORTET	DOYEN
BONDET	ASSESEURS
CROLAS	
MONOYER	

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. DESGRANGES, B. TEISSIER.

PROFESSEURS

Cliniques médicales.	MM. LÉPINE.
Cliniques chirurgicales.	BONDET.
Clinique obstétricale et Accouchements.	OLLIER.
Clinique ophtalmologique	TRIPPIER (LÉON).
Clinique des Maladies cutanées et syphilitiques	BOUCHACOURT.
Clinique des Maladies mentales.	GAYET.
Physique médicale.	GAILLETON
Chimie minérale.	PIERRET.
Chimie organique et toxicologie.	MONOYER.
Matière médicale et Botanique.	GLÉNARD.
Zoologie et Anatomie comparée.	CAZENEUVE.
Anatomie.	CAUVET.
Anatomie générale et Histologie	LORTET.
Physiologie.	PAULET.
Pathologie interne	RENAUT.
Pathologie externe	MORAT,
Pathologie et Thérapeutique générales.	J. TEISSIER.
Anatomie pathologique.	BERNE.
Médecine opératoire.	MAYET.
Médecine expérimentale et comparée.	TRIPPIER (Raymond).
Médecine légale.	PONCET.
Hygiène.	CHAUVEAU.
Thérapeutique.	LACASSAGNE.
Pharmacie	ROLLET.
	SOULIER
	CROLAS.

PROFESSEURS ADJOINTS

Clinique médicale	MM. RAMBAUD.
Cours complémentaire d'Accouchements.	DELORE.

CHARGÉS DES CLINIQUES COMPLÉMENTAIRES

Clinique des Maladies des Femmes	MM. LAROYENNE.	Chargé du cours.
Clinique des Maladies des Enfants.	PERROUD	Chargé du cours.

AGRÉGÉS

MM. BARD.	MM. LEVRAT.	MM. SABATIER.
BEAUVISAGE.	LINOSSIER	VINAY.
BOUVERET.	PERRET.	VINCENT.
CHANDELUX.	POLLOSSON.	
DEBIERRE.	POULLET.	CHARGÉ DES FONCTIONS D'AGRÉGÉ
LAURE.		M. CHARPY.

M. ÉTIÉVANT, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. ROLLET, Président; M. LAROYENNE, Assesseur; MM. POLLOSSON et SABATIER, agrégés.

La Faculté de Médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

DOCTEUR BASTARD

Mon meilleur ami et mon maître le plus indulgent

A MA MÈRE

Témoignage de ma profonde affection

A M. ADELPHE VIGNÉ

Témoignage de mon estime

A MON ONCLE POUJADE

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR ROLLET

A MES AMIS

LES DOCTEURS TÉDENAT

Professeur à la Faculté de Montpellier

& LAUGIER

AVANT PROPOS

Cette thèse m'a été suggérée en partie par mon ami, M. le professeur Tédénat. Ayant eu l'occasion à Montpellier, de s'occuper plus particulièrement des maladies des organes génito-urinaires, je l'ai prié de me donner quelques observations inédites et vraiment remarquables, recueillies par lui dans sa clientèle. Je regrette que le peu de temps dont je pouvais disposer ne m'ait point permis d'être à la fois plus complet et plus précis, et plus exact à rendre les opinions de ce chirurgien sur le sujet qui va nous occuper.

Je regrette également, éloigné que j'étais de Lyon, qu'il ne m'ait pas été possible de prendre les conseils de M. Aubert, chirurgien en chef de l'Antiquaille, qui a suscité, à la suite des travaux de Guyon et Jamin, des communications si importantes sur l'urétrite.

En effet, comme ce chirurgien distingué, je crois que c'est seulement en adoptant le procédé du lavage de l'urèthre antérieur tel qu'il est fait par ce chef de service à l'Antiquaille, qu'on peut arriver à explorer l'urèthre postérieur d'une façon inoffensive.

J'ajouterai que, dans bien des cas, le lavage terminé, la miction dans plusieurs verres est un élément suffisant de diagnostic.

Il faut que je dise néanmoins qu'au moment où la plupart de nos observations ont été prises, la thèse de Bertrand n'avait pas encore été publiée (Mars 1884), et que nous avons toujours exploré et établi le diagnostic avec la sonde à boule.

J'ai oublié, à dessein, de rapporter des observations d'urétrite chronique antérieure; je n'aurais pu présenter aucun symptôme qui n'ait été observé bien des fois, et de telles observations n'auraient éveillé aucune curiosité.

J'ai insisté plus particulièrement sur la symptomatologie de certaines urétrites postérieures dues à de mauvaises habitudes, comme la masturbation par exemple, et sur certaines urétrites postérieures blennorhagiques s'accompagnant de troubles génitaux fonctionnels remarquables.

Le discrédit dans lequel sont tombées les opinions de Lallemand sur ce sujet ne m'a point fait craindre d'aborder, et après le témoignage d'observations sérieusement prises, l'étude de troubles médullaires vraiment très intéressants et que je crois développés sous l'influence de l'irritation inflamma-

toire périphérique longtemps continuée. C'est de cette façon que je crois avoir complété la symptomatologie de l'urétrite chronique postérieure.

Je prie M. le professeur Rollet, qui a bien voulu accepter la présidence de cette thèse, d'en recevoir ici l'hommage, lui si compétent dans toutes ces questions qui touchent aux organes génito-urinaires.

Je prie également M. le professeur Laroyenne, dont j'ai été l'élève pendant une période de six mois d'externat à la Charité, de recevoir ici l'expression de toute ma gratitude pour la bonté qu'il n'a cessé de me montrer et l'enseignement qu'il m'a donné.

Mais, qu'il me soit permis de remercier surtout mon ami, M. le professeur Tédénat, qui a bien voulu me communiquer ces quelques observations si probantes dans le sujet que je traite.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41553416_0014

CHAPITRE I

De la dualité anatomique, physiologique et clinique du canal de l'urèthre.

Je n'ai point dans ce chapitre à reproduire après tous les anatomistes et tous les physiologistes, l'étude de la structure et des fonctions du canal de l'urèthre, la description exacte de ses rapports avec les parties qu'il traverse, et sa direction si importante à connaître pour le cathétérisme.

Au point de vue des lésions qui vont bientôt nous occuper et qui font le sujet de cette thèse, il me paraît utile de ne faire porter mon examen que sur les différences anatomiques et physiologiques que présente le canal dans ses différentes portions ; en un mot d'établir avec Guyon et Jamin, la dualité du canal uré-

thral, dualité qui rendant compte des localisations différentes des lésions de ce conduit, guide le cathéter. éclaire la clinique et rend le traitement plus efficace.

L'urèthre, effectivement, très dilatable et peu contractile dans sa portion antérieure, devient plus difficile à franchir, dans sa région membrano-prostatique. C'est surtout au commencement de cette région que la sonde éprouve quelque difficulté à continuer son chemin vers la vessie. Il y a un véritable temps d'arrêt et la perception pour celui qui explore d'un véritable resserrement du canal, en cet endroit sur l'instrument.

C'est que là, le conduit a changé de texture, le bec de la sonde se trouve à la fois sur un point plus rétréci et plus franchement musculaire. Tandis que les portions périno-scrotales et périno-bulbaires ont leur muqueuse doublée à peine de quelques faisceaux isolés et minces de fibres lisses, que l'on ne retrouve même plus dans la fosse naviculaire, la portion membraneuse possède déjà des couches de fibres longitudinales et circulaires qui s'entrecroisent, entièrement constituées.

Ici, ne s'arrête pas toute la différence et nous allons nous trouver, pour peu que nous étudions l'urèthre membraneux, bien en face d'une portion véritablement musculeuse comme l'appelait Amussat.

A ces fibres lisses, en effet, et recouvrant un plexus veineux très riche et par suite favorable aux congestions de l'organe en cet endroit, se joignent des fibres musculaires rouges et striées de 0,006 millimètres d'épaisseur et affectant une disposition nettement

circulaire. Ces fibres sont perpendiculaires à l'axe de l'urèthre et semblent s'enrouler tout autour, elles ne sont elles-mêmes qu'une dépendance des muscles de Guthrie et de Wilson.

C'est au point que Cadiat (1) refuse à ses muscles le mérite d'une description particulière, et au lieu de les considérer comme extrinsèques à l'appareil uréthral, il les considère comme des muscles constricteurs du canal, faisant absolument partie intégrante de celui-ci et se joignant aux fibres lisses pour constituer un véritable appareil sphinctérien. Quoi qu'il en soit, je dirai avec Guyon (2) que nous ne devons retenir qu'un fait de l'étude de Cadiat et de celles qui ont eu pour objet les muscles de Guthrie et de Wilson, c'est que : « L'ensemble des fibres musculaires qui les constituent et en particulier, celles que l'on attribue au muscle de Wilson, viennent en arrière du bulbe soutenir et renforcer l'origine de la portion membraneuse de l'urèthre » ou lui fournir, selon l'expression de Sappey, « un plancher contractile qu'il traverse ».

Ainsi, et anatomiquement, se trouve constitué en cet endroit un véritable sphincter interuréthral, qui n'a pas son analogue sur tout le parcours de l'urèthre.

Le sphincter prostatique lui-même ne saurait jouer le même rôle et par suite n'a point la même importance.

(1) CH. ROBIN. *Journal de l'anatomie et de la physiologie*. 1877.

(2) GUYON. *Leçons sur les maladies des voies urinaires*. 1881

Cette différence fonctionnelle d'ailleurs, provient des différences anatomiques qu'offrent les deux sphincters.

Les fibres lisses et striées ne tardent pas, en effet, à abandonner la paroi uréthrale et à lui devenir extrinsèques. Dans la région prostatique, elles sont déjà séparées de la muqueuse par toute l'épaisseur de la glande, et ce n'est guère qu'en haut et suivant la description de M. Sappey, à laquelle il n'y a rien à changer, qu'elles forment une véritable couche dite sphincter prostatique et reposant directement sur la face antérieure et supérieure du conduit uréthral à ce niveau.

J'ai oublié, à dessein, de parler de l'appareil musculaire strié de l'urèthre antérieur. Là, comme dans la région prostatique du reste, celui-ci est extrinsèque au canal et joue un rôle physiologique peu important.

En somme, de cette description, il nous faut retenir la présence de fibres musculaires striées, circulaires, enveloppant la région membraneuse et auxquelles viennent se joindre, en avant à leur origine, d'autres faisceaux musculaires, véritables faisceaux de renforcement.

Mais, si l'anatomie nous révèle un sphincter inter-uréthral, les phénomènes que nous allons signaler, déjà reproduits par Guyon et Jamin, ne trouvent leur explication que dans son existence. Nous nous contenterons seulement de citer ici la série des preuves cliniques et physiologiques données par les deux auteurs en faveur de la dualité de l'urèthre.

C'est d'abord :

1^o L'arrêt de la sonde à l'entrée de la région membraneuse.

2^o La démonstration de la contractilité exagérée du canal, en cet endroit, par le courant électrique.

3^o Le retour immédiat du liquide instillé ou sa sortie seulement avec les premières gouttes d'urine, suivant que l'injection a été faite en avant ou en arrière de la région bulbaire.

4^o La différence entre l'hémorrhagie et l'urétrorrhagie.

5^o Enfin, la faiblesse ou la contraction morbide, de cause médullaire, localisées seulement dans cette région du canal, à l'origine de la portion membraneuse.

Il y a donc un urèthre antérieur et un urèthre postérieur, anatomiquement et physiologiquement différents : l'un compris entre le méat et le pubis, l'autre allant du collet du bulbe au col de la vessie. Le premier a une porte largement ouverte et facilement franchissable qui laissera aisément apprécier ses lésions ; le second se laisse plus difficilement atteindre, refusant quelquefois l'entrée aux instruments et l'issue aux liquides morbides qu'il peut contenir ; cachant ses lésions, les entretenant pour ainsi dire et ne permettant d'en apprécier les symptômes, qu'après des recherches délicates et l'étude de complications déjà avancées.

C'est ainsi que dans ce travail, nous nous occuperons surtout de l'urétrite chronique postérieure, de diagnostic souvent difficile, à cause de son siège, à

cause de la présence du sphincter interurétral ; affection, du reste, qui n'est quelquefois rendue appréciable au chirurgien que grâce à des phénomènes d'ordre purement fonctionnel, ou grâce aux complications soit éloignées, soit de voisinage auxquelles elle donne naissance.

CHAPITRE II

Étiologie. — Des causes de l'urétrite chronique.

L'urétrite chronique succède généralement à une blennorrhagie aiguë de l'urèthre antérieur.

Dans ce cas, elle est toujours limitée comme l'inflammation qui lui a donné naissance à l'avant-canal et prend le nom d'urétrite chronique antérieure ; si elle force et passe le sphincter membraneux, on aura affaire à une nouvelle variété de l'urétrite chronique, l'urétrite chronique postérieure.

La question de savoir s'il existe des urétrites chroniques non blennorrhagiques est hérissée de difficultés et de contestations. Nous signalerons cependant, dans le courant de ce travail, l'opinion de

certain auteurs qui, les uns n'ont pas craint de donner à l'urétrite, au moins quelquefois, une origine purement constitutionnelle et diathésique ; pendant que les autres, et nous-même avons essayé de les rapporter, mais rarement et d'après des observations sérieusement prises, à des congestions répétées du canal soit, sous l'influence de mauvaises habitudes, soit sous la seule influence du froid chez des sujets déjà rhumatisants.

En traitant de l'urétrite chronique, nous aurons donc surtout en vue l'urétrite chronique blennorrhagique.

Mais comme l'urétrite, à l'état chronique, peut occuper successivement l'urèthre antérieur et l'urèthre profond, qu'avec le siège, la symptomatologie de ces deux variétés de l'urétrite diffère essentiellement dans l'un ou l'autre cas, il nous a paru du plus grand intérêt de rechercher les causes qui favorisent ces localisations différentes, de les étudier chacune en particulier, afin de connaître la diversité d'influence qu'on doit leur accorder dans la production de l'une ou l'autre forme de l'urétrite chronique.

En effet, les causes qui favorisent l'urétrite chronique antérieure tiennent surtout au siège du début et à la marche de la blennorrhagie aiguë ordinaire, à la constitution anatomique de l'urèthre antérieur lui-même (cul-de-sac du bulbe), et parfois encore au passé pathologique de l'avant-canal (retrécissement).

Les causes de l'urétrite chronique postérieure ne sauraient être les mêmes. Elles n'en sont pas moins importantes à connaître.

Ce sera d'abord et la plupart du temps, le traitement lui-même de l'urétrite antérieure mal fait qui contagionnera l'urèthre profond. (Injections, cathétérisme).

D'autrefois, c'est à la faveur d'excès de toute sorte, excès de boissons, excitations vénériennes, que la portion uréthro-membraneuse sera envahie.

On comprendra qu'au milieu de ces causes de l'urétrite postérieure, on doive placer quelques considérations sur les conditions congénitales ou acquises, à la faveur desquelles le sphincter intra-urétral offre plus ou moins de résistance au passage du pus de l'urèthre antérieur.

Mais, ce qu'il ne faudra pas surtout perdre de vue, c'est que presque toujours il conviendra de tenir compte des influences générales (arthritisme, tuberculose), qui ont une préférence marquée pour l'urèthre retro-pubien.

CAUSES DE L'URÉTHRITE CHRONIQUE ANTÉRIEURE

1^o *Blennorrhagie aiguë ordinaire.*

2^o *Dispositions anatomiques favorables : Cul-de-sac du bulbe.*

Existence d'une valvule au méat.

3^o *Passé pathologique. Rétrécissement.*

1^o Blennorrhagie aiguë. — La blennorrhagie frappe habituellement le canal d'avant en arrière, aussi est-ce probablement ce mode d'invasion qui a porté

certain auteurs à considérer l'urétrite aigüe ordinaire comme une inflammation, d'une nature spéciale, se passant seulement dans l'avant canal.

Tandis que Jamin considère comme un fait rare l'extension de l'état inflammatoire à sa période d'acuité à l'arrière canal et l'invasion du sphincter membraneux, M. Aubert, chirurgien de l'Antiquaille, dans un mémoire qu'il a fait présenter à la Société de médecine de Lyon par son interne, M. Montagnon, et que celui-ci a eu l'obligeance de nous communiquer, s'efforce, en s'appuyant sur la fréquence des localisations prostatiques de la blennorrhagie à ses différentes périodes, de démontrer que le processus blennorrhagique atteint le plus souvent l'urèthre postérieur.

Ainsi il est arrivé à ces conclusions :

1^o Que les localisations prostatiques dans la blennorrhagie à ses différentes périodes sont beaucoup plus fréquentes qu'on ne le croit communément. (La statistique donnant le chiffre énorme de 70 o/o.

2^o Qu'elles n'apparaissent pas seulement à la période du déclin, vers la fin de la troisième semaine, mais peuvent se montrer dès le sixième jour de l'écoulement ; en règle générale aussitôt que les parties profondes sont envahies.

3^o Que la fréquence de ces engorgements prostatiques est une nouvelle preuve que le processus blennorrhagique atteint le plus souvent l'urèthre postérieur. »

Mettons en parallèle, la statistique rapportée par Jamin dans sa thèse.

« Sur 17 cas, onze fois l'urétrite est restée limitée à l'avant canal et a été guérie en vingt jours par 16 instillations de nitrate d'argent : six fois seulement sous l'influence de constitutions strumo-tuberculeuses ou rhumatismales et une fois, à la suite d'excès, l'inflammation a envahi l'urèthre postérieur. »

En face de deux opinions si opposées, il reste deux faits pratiques vrais et indiscutables et qui sont les seuls qu'il nous importe ici de retenir.

C'est que : 1^o la blennohagie frappe l'avant canal et s'y loge tout d'abord dans la fosse naviculaire avant de s'étendre au-delà.

2^o Que les causes qui favorisent l'extension des phlegmasies agissent tout aussi bien sur la phlegmasie uréthrale. En conséquence, on ne saurait blâmer Jamin d'avoir tenu compte, dans la marche de la blennorrhagie et à propos de son extension à l'urèthre profond, des influences générales.

M. Aubert, il est vrai, tire cette conclusion de la marche de la blennorrhagie, telle qu'il l'a constatée, que l'urétrite postérieure guérit souvent seule et que l'inflammation tombe d'arrière en avant pour disparaître de l'urèthre membraneux et persister encore dans le cul-de-sac du bulbe. Vraie dans beaucoup de cas, cette opinion est néanmoins très discutable ; et nos observations font voir de nouvelles poussées d'urétrite postérieures, chez d'anciens Blennorrhagiques, dont l'avant canal était guéri depuis longtemps.

Du reste, quoiqu'il en soit, et dans le cas actuel,

ce qui est indéniable c'est que l'urétrite chronique antérieure est toujours sous l'influence directe de la blennorrhagie ; tandis que le sphincter membraneux étant admis, il nous semble plus sage de rapporter le développement de l'urétrite postérieure à la phlegmasie sous l'influence elle-même de l'état général.

2^o *Dispositions anatomiques favorables.* — A. *Athrésie du méat.* — Le méat, à l'état normal, est la portion la moins extensible et fonctionnellement la plus étroite du canal de l'urèthre. Sa circonférence mesure de 8 (Rollet) à 12 millimètres (Thompson). Normalement, il se présente sous la forme d'une fente longue de 6 millimètres et dont les deux lèvres sont réunies en haut et en bas par une commissure d'où s'élève un petit repli valvulaire ; la valvule inférieure ordinairement plus développée que la supérieure semble n'être qu'une expansion du frein.

Les rétrécissements congénitaux du méat sont constitués par un excès de développement des valvules commissurales. Il porte plus souvent sur l'inférieure que sur la supérieure.

Dès que ce repli a une hauteur de 4 à 6 millimètres, il y a formation en arrière de lui d'un véritable cul-de-sac dans lequel sont retenus les liquides normaux ou pathologiques qui y exercent une action irritante. Aussi le méat et la fosse naviculaire sont-ils souvent alors rouges, irrités et comme en instance habituelle d'inflammation. Bien plus cette athrésie agit mécaniquement, comme le ferait un rétrécissement

quelconque de l'urèthre et devient ainsi cause de la persistance des uréthrites (1).

Guyon, Reliquet, Berkeley, Hill, Tédénat ont cité des cas nombreux dans lesquels des blennorrhagies chroniques rebelles à tout traitement ont pu être facilement guéries après l'incision du méat.

Nous ferons la même remarque pour les rétrécissements cicatriciels consécutifs à des chancres pour les athrésies liées à des hypospadias glandulaires. Ces vices de conformation entraînent souvent à leur suite des spasmes de la région membraneuse (Verneuil, Furneaux, Jordan) de la pollakyurie (Tédénat, Médard); des troubles dans l'excrétion spermatique (Reliquet); Tédénat a signalé (Thèse de Médard) un vice de conformation qui mérite de nous arrêter quelques instants. On voit quelquefois un repli de la muqueuse disposé transversalement à 2 ou 3 millimètres en arrière de l'orifice du méat. Il adhère à la paroi supérieure et à une hauteur qui varie de 1 à 3 millimètres. Sur son pourtour et à sa face antérieure existent des glandes dans lesquelles se fait une sécrétion blennorrhéique. Comme l'orifice est en dessous de cette valvule, les glandes échappent facilement à l'action des injections et l'inflammation gonorrhéique peut y persister indéfiniment.

B. — *Cul-de-sac bulbaire.* — L'uréthrite antérieure

(1) TÉDENAT, *Annales des maladies des organes génito-urinaires*.
MÉDARD. Th. de Montpellier, 1882.

a de la tendance à se localiser surtout au niveau du bulbe de l'urèthre, ainsi que l'a démontré depuis longtemps l'exploration clinique. Plusieurs conditions expliquent la fréquence de cette localisation et sa chronicité. D'abord la déclivité de l'urèthre en ce point permet au pus de descendre en cet endroit et d'y produire l'infection gonorrhéique (Goued, Harrison). Là, il y a un véritable cul-de-sac que Guyon compare « au cul-de-sac vaginal postérieur ». Sous l'influence de la contraction du sphincter interurétral, la région membraneuse est soulevée et le cul-de-sac du bulbe devient ainsi plus profond (Caudmont de Lafosse). L'hypertrophie de la prostate produit un résultat semblable, ainsi que nous avons pu le voir à l'autopsie de quelques vieillards. Chez eux, il est encore favorisé par la flaccidité de la paroi inférieure de l'urèthre. Enfin, à cause de la grande distance qui sépare le méat du cul-de-sac du bulbe, il arrive souvent que les injections ne pénètrent pas jusque-là, toute la portion péniennne est heureusement modifiée par elles, et alors l'inflammation peut se localiser exactement au cul-de-sac et par suite donner lieu à une sécrétion insuffisante pour que la (goutte militaire) puisse être formée et arriver au méat. Dès lors, il y a latence, si on ne se sert pas d'une exploration méthodique.

3^o *Rétrécissement.* — Le rétrécissement siège le plus habituellement dans cette même région bulbaire où se cantonne d'ordinaire l'inflammation chronique. Il peut coexister en même temps que le suintement

urétral et c'est cette coexistence qui a donné lieu aux nombreuses discussions relatives à l'influence que peut avoir le rétrécissement sur la blennorrhée.

Ainsi, la persistance de l'écoulement serait due surtout à la présence de un ou plusieurs points rétrécis en arrière desquels le pus resterait accumulé.

Bien plus, il suffirait d'une coarctation commengante pour expliquer le suintement urétral.

Ottis, de New-York, se basant, pour soutenir son opinion, sur une erreur anatomique (il donne au calibre de l'urèthre un diamètre moyen de 10 à 12 millimètres), attribue tous les écoulements chroniques du canal, à un rétrécissement, si léger soit-il, et pratique dans tous les cas l'uréthrotomie interne.

Mais cette manière de voir, n'est guère soutenable et tombe devant les considérations suivantes :

1° Qu'il ne suffit pas de rencontrer, dans le cas d'uréthrite, de la douleur et un spasme du canal; ni d'être arrêté par le sphincter membraneux, devenu dans ces circonstances plus sensible et difficile à traverser, pour affirmer l'existence d'un rétrécissement.

2° Que la coexistence du rétrécissement et de la blennorrhée n'est pas aussi fréquente qu'il le dit.

3° Que tardive est l'influence de la blennorrhagie sur la coarctation; qu'il faut habituellement plusieurs uréthrites antérieures et plusieurs années écoulées pour que la coarctation soit appréciable et qu'en conséquence, il serait peu clinique de rattacher la persistance d'un écoulement datant de six à huit mois, au seul fait d'un rétrécissement et quand on ne découvre

point de contagion antécédente dans le passé uréthral.

Ainsi d'une part, Jamin, sur 61 cas de rétrécissements observés en 1882, dans le même service, pendant un semestre d'externat, n'a trouvé que 4 rétrécissements de blennorrhée.

Et, d'autre part, sur 142 rétrécissements blennorrhagiques traités par lui, Guyon en a trouvé 4 seulement ayant débuté moins d'un an après la chaude-pisse. Souvent au bout de quatre, cinq, dix ans et même davantage le calibre de l'urèthre n'était pas encore diminué.

Il ne faut pas, cependant, nier d'une façon absolue l'influence du rétrécissement sur la persistance du suintement uréthral.

Dans ce cas, l'urèthre se vide mal, la muqueuse s'enflamme davantage derrière le rétrécissement par la présence du pus à demeure et la difficulté de la sortie du liquide urinaire ; en même temps qu'il est plus difficile de porter des injections modificatrices sur la muqueuse elle-même.

Explorant 35 urèthres plus ou moins étroits et gênants, à un degré variable la miction, Tédénat a noté 14 fois soit une goutte militaire, soit une sécrétion trop peu fluide, pour arriver au méat, mais que la boule exploratrice ramenait.

On comprend qu'en pareil cas, la dilatation ou l'incision puisse guérir à la fois le rétrécissement et la blennorrhée, mais il est assez rare qu'il en soit ainsi, et plus habituellement l'urétrite chronique n'est pas sous la dépendance de la stricture.

Ces pages si finement écrites et si vraies de Diday,

sur ce point litigieux, nous en disent assez, pour que nous nous empressions de les reproduire.

« Les rétrécissements de l'urèthre que l'état subinflammatoire générateur de la blennorrhagie produit souvent, peuvent-ils à leur tour entretenir la blennorrhée ?

A quel degré et avec quelle fréquence cette influence s'exerce-t-elle ?... Chaque auteur, chaque praticien l'apprécie selon ses tendances, selon ses habitudes, selon sa spécialité surtout.

L'urologiste : « Vous ne nierez pas qu'autour et surtout en arrière du point coarcté de l'urèthre, il ne s'établisse une phlegmasie dont la sécrétion blennorrhéique est justement la conséquence.

Le syphiliographe : « D'accord, c'est possible; probable même, mais est-ce réel ? Ne s'y trompe-t-on pas ? ne cherche-t-on jamais à tromper les malades ? Que de fois n'ai-je pas vu de pauvres diables sondés sans pitié pour un rétrécissement, soi-disant cause unique de leur goutte. Ils venaient me voir alors, ensuite, toujours, avec leur goutte. Et de traiter (ce rétrécissement qui n'empêche pas de bien uriner) pendant des semaines et des mois, par la dilatation et l'incision, au risque des cystites, des hémorrhagies, des accès de fièvre uréthrale et pour quel résultat ? Hélas, la stricture cesse, je l'accorde ! mais, la blennorrhée reste et elle n'est devenue ni moins commode, ni moins aisée à guérir. »

Ces derniers mots sont l'expression exacte de l'observation journalière. Aussi, il ressort de tout cela un enseignement. C'est qu'il est bien indiqué de faire

disparaître tout rétrécissement bien constaté qui coexiste avec une blennorrhée, mais, en commençant cette cure, le chirurgien doit être sobre de promesses relativement à l'effet qu'elle doit avoir sur l'écoulement.

Le plus souvent, en effet, le résultat ne répond pas aux espérances que la théorie semblait autoriser; on se trouve avoir supprimé une complication de la blennorrhée mais non sa cause.

Et son traitement, par d'autres agents, les médications ordinaires (instillations), reste tout entier à faire.

CAUSES DE L'URÉTHRITE CHRONIQUE POSTÉRIEURE

1^o Traitement;

2^o Faiblesse congénitale ou acquise du sphincter membraneux;

3^o Influences congestives (Masturbation);

4^o Influences diathésiques.

Nous venons d'énumérer les causes qui favorisent et entretiennent la chronicité de l'urétrite dans l'avant canal. Quelles sont maintenant les influences qui peuvent vaincre le sphincter membraneux et contribuer à l'invasion de l'urèthre postérieur? Dans quel cas, encore, le sphincter membraneux peut-il se prêter à ces influences?

Nous allons les énumérer et essayer d'apprécier successivement leur valeur particulière dans le sujet qui nous occupe.

1^o *Traitement.* — C'est d'abord le traitement lui-même de l'uréthrite chronique antérieure qui, agissant d'une façon mécanique sur le sphincter membraneux, soit par des injections, soit par le cathétérisme, contribue le plus au passage de l'inflammation dans l'urèthre postérieur.

A. — *Injectons.* — C'est le *modus faciendi* qui peut être préjudiciable et qui mérite d'être soumis à des règles fixes dues à l'expérimentation.

L'expérience faite pour prouver la présence du sphincter interurétral a conduit Guyon et Jamin à rechercher le degré de résistance qu'offre ce même sphincter aux injections poussées en avant de lui, et la quantité de liquide nécessaire et la force qu'il faut développer pour vaincre sa résistance.

Ainsi ont pris naissance ces conclusions pratiques : que, si le liquide injecté correspondait à telle quantité ou était poussée avec une force de, le sphincter membraneux était vaincu et le pus de la région antérieure pouvait être entraîné dans l'urèthre profond et déterminer une uréthrite postérieure.

Effectivement, et d'après les recherches de Jamin, un adulte qui s'injecte, dans le canal, le contenu d'une petite seringue de verre tout entier est certain.

1^o A canal ouvert de ne jamais arriver à la région bulbaire.

2^o A canal fermé de toujours forcer la région membraneuse.

C'est tout au plus s'il faut 5 à 7 grammes de liquide injecté, « à canal fermé » pour remplir l'urèthre an-

térieur, au-delà de cette dose, le sphincter membraneux est forcé et le liquide pénètre au-delà.

Aussi, faut-il, pour éviter les accidents d'une pareille injection, doser la quantité du liquide à injecter ; et autant pour que cette injection soit profitable que peu nuisible faut-il ne pas dépasser les $\frac{2}{3}$ ou la moitié d'une seringue.

D'autre part, si l'injection est poussée brusquement, le résultat est le même ; l'extensibilité du canal, surpris par le jet instantané, n'a pas le temps de se développer, et alors une dose, qui poussée assez lentement pour qu'elle ait le temps d'épuiser l'extensibilité des parois, n'aurait pas rempli l'urèthre antérieur, forcé le sphincter et pénétré trop en arrière, pourra, dans ces conditions de jet brusque, produire cet accident.

En face de cette facilité du sphincter membraneux à se laisser forcer par des injections trop copieuses ou faites avec trop de brusquerie, on comprend combien il est utile de recommander au malade de ne s'injecter jamais qu'une moitié de seringue.

B. — *Catéthérisme*. — La sonde peut comme l'injection, mais moins souvent que celle-ci, porter l'inflammation dans l'urèthre postérieur.

Pour le démontrer, il n'y a qu'à répéter une expérience due à Leprevost (1), et qu'avec M. Tédénat nous avons reproduite en faisant varier le volume des sondes.

(1) LEPREVOST, Thèse de Paris, 1884.

On instille une dizaine de gouttes d'encre dans le cul-de-sac du bulbe, puis on introduit une seringue jusque dans la région prostatique. Avec un béniqué dont le volume varie de 16 au 23 de charrière, presque jamais l'encre n'est portée dans la région prostatique. Avec un numéro faible 8 à 10 ou fort 26 ou 29, l'apport arrive un peu plus fréquemment.

Ainsi, dans le cas où la bougie est de volume moyen, elle s'essuye beaucoup mieux sur la partie antérieure de la région membraneuse que quand le calibre est trop fort ou trop faible.

2° Faiblesse congénitale ou acquise du sphincter interurétrhal. — Le rôle du sphincter interurétrhal, nous est assez connu pour que nous puissions prévoir ce qui va se passer, si sa tonicité est compromise, et par suite, sa résistance à l'agent de la contagion.

Cette faiblesse du sphincter peut être congénitale ou acquise.

D'après de nombreuses observations, Tédénat a posé les conclusions suivantes : Certains individus ont le sphincter membraneux affaibli et lâche. Chez les uns, cette faiblesse est congénitale, ou, du moins, remonte aux premières années de la vie. Les malades ont de l'incontinence nocturne d'urine et bien que la miction involontaire nocturne et diurne reconnaissent aussi d'autres causes, c'est chez les personnes à sphincter insuffisant, qu'elle s'observe avec sa forme typique, caractéristique. Ces malades sont souvent plus tard affectés de pollutions nocturnes (Lallemand, Guyon, Tédénat), ils

sont aussi très prédisposés à avoir des uréthrites postérieures.

D'autres individus, ayant pendant longtemps soufferts d'urétrite antérieure ont leur région membraneuse qui se laisse traverser sans la moindre protestation par la sonde, soit par parésie du muscle, soit par défaut de sensibilité de la muqueuse et diminution consécutive du tonus et de la contraction réflexe.

Chez ces sujets, la région membraneuse est mal formée et il y a une grande prédisposition à l'urétrite postérieure par propagation de l'inflammation de l'avant à l'arrière.

3^o *Masturbation*. — La masturbation, longtemps continuée, peut donner à son tour naissance à l'urétrite chronique postérieure. C'est une cause très intéressante à connaître; l'inflammation postérieure du canal urétral, dans le cas actuel, se développant sous l'influence seulement des mauvaises habitudes du sujet et sans que celui-ci ait subi aucune contamination.

En effet, dans trois de nos observations (3 et 9), nous voyons l'affection s'installer chez des sujets sains, livrés depuis longtemps à l'onanisme.

Ce sont, surtout, des envies fréquentes d'uriner qui ouvrent la scène et éveillent l'attention du sujet; plus tard, la boule exploratrice poussée dans l'arrière canal ramène une goutte de pus caractéristique; dans l'histoire du sujet, on cherche vainement une contagion antérieure.

Ces envies fréquentes d'uriner, paraissant dès le

début de la lésion pour augmenter encore par la suite, sont les premiers signes et les plus certains d'une congestion commençante de l'arrière canal.

Sans doute on trouve également ce symptôme chez tous ceux qui se sont livrés à un coït trop souvent renouvelé, après une nuit amoureuse, tandis que l'on a pu dire : *raro mingit castus*; mais, la congestion est temporaire comme la cause qui l'a produite et ne laisse pas de trace.

Le masturbé, au contraire, résiste difficilement à une si pernicieuse habitude. Son canal subit bientôt des congestions répétées et de plus en plus fréquentes, plus particulièrement dans la portion uréthro-membraneuse et un véritable état inflammatoire en est la conséquence.

Pourquoi la congestion se fait-elle plus particulièrement sur l'urèthre membraneux. ? Ici, il faut invoquer des raisons d'ordre purement anatomique : la prédominance des veines en cet endroit sur le système artériel ; une vascularisation excessive par rapport à celle des autres parties du conduit urinaire.

Cette hyperémie et l'état inflammatoire qui en découle peuvent cependant se produire sur d'autres parties du canal.

Bon nombres d'auteurs viennent apporter leurs preuves à l'appui de notre opinion et citent des exemples de rétrécissements dont l'origine ne peut être imputé qu'à un état inflammatoire de l'urèthre, dont la seule cause appréciable et connue est la masturbation :

« Dans 5 cas, chez des jeunes gens qui n'avaient

pas eu de chaudepisse, un rétrécissement assez étroit ne pouvait être expliqué que par des excès incontestables de masturbation. Mes chefs de clinique, le docteur Murray, Van Valzah, Doasc, Heath et Muper l'ont constaté avec moi. (Gross, de Philadelphie).

Ottis (on stricture of the mas uréthra, 1875, New-York) estime que 9 0/0 des rétrécissements sont dûs à la masturbation... Ricord Philip, Henry Smith, Gouley, accusent aussi l'onanisme de déterminer des rétrécissements.

Wade (Stricture of the urethra, 4^e édition, page 318) :

J'ai de bonnes raisons pour croire que la masturbation est une cause de rétrécissement plus fréquente qu'on ne le pense généralement. Dans plusieurs cas, chez des sujets vierges et n'ayant pas eu de gonorrhée apparente, j'ai constaté vers le bulbe des rétrécissements étroits et douloureux.

Everard Home, regarde la masturbation comme une cause fréquente de rétrécissement spasmodique. Tédénat a plusieurs fois constaté que cet état de spasme était lié à une sécrétion purulente de l'urèthre prostatique.

Il faut donc conclure de toutes ces affirmations que toutes les influences qui congestionnent l'urèthre d'une façon permanente et plus particulièrement parmi celles-ci, la masturbation, congestionnent l'urèthre et surtout la région la plus vasculaire, qui est la région membrano-prostatique, y créent un véritable état inflammatoire et peuvent devenir par là des causes de rétrécissement quelquefois très avancé.

Pour ceux qui croiraient à de simples congestions de l'organe, et comme Eeverard Home à de simples états spasmodiques, simulant le rétrécissement, sous cette influence congestive, Tédénat répond qu'il a vu plusieurs fois que cet état de spasme était lié chez les masturbés à une sécrétion purulente de l'urèthre prostatique.

4° Causes constitutionnelles. — Le traitement mal compris ou mal exécuté, la faiblesse congénitale ou acquise du sphincter membraneux expliquent aisément le passage de l'urétrite antérieure dans l'urèthre postérieur. On peut encore ajouter à ces causes les excitations locales de toutes sortes, excès de boissons ou de coït qui contribuent assez pour leur part au développement de l'urétrite postérieure ; mais, une influence qu'il ne faut pas perdre de vue et autrement importante et propre à produire l'inflammation dans l'urèthre membraneux : c'est l'influence de l'état général.

Il existe en effet des urétrites désespérantes par leur ténacité et que le seul traitement local ne saurait modifier et guérir.

D'autre part, nous savons que la blennorrhagie débute par l'avant-canal ; et bien que le sphincter soit forcé, que l'urétrite postérieure se déclare, si nous ne pouvons incriminer le traitement, il est utile et nécessaire d'interroger les antécédents morbides du malade et la connaissance d'un état constitutionnel pathologique antérieur fera rarement défaut : goutte, rhumatisme ou scrofule tuberculeuse.

Bien plus, il est même à remarquer que c'est après un traitement éclairé et longtemps poursuivi contre l'urétrite chronique antérieure, que l'urétrite chronique postérieure se déclare, s'il existe chez le sujet une véritable influence morbide générale.

Les différents états constitutionnels qui contribuent si puissamment au maintien de l'urétrite chronique et à son passage de l'urètre antérieur à l'urètre postérieur seraient l'arthritisme et la tuberculose.

Parmi les lithrétiques, les plus exposés à la chronicité de l'urétrite et à l'urétrite postérieure seraient les rhumatisants arthritiques.

On comprend, en effet, qu'on puisse même *a priori* invoquer l'influence de cette diathèse sur la chronicité de cette affection, alors que les travaux, si nombreux aujourd'hui sur le rhumatisme, lui prêtent, dans un bon nombre d'affection, une influence si vraie et si étendue. Point n'est besoin, d'ailleurs, de rappeler ici la discussion célèbre soulevée par Petit, en 1867, à la Société médicale des hôpitaux et à laquelle ont pris part MM. Fournier, Ferréol, Lorrain, Guéneau de Mussy, Hervieux.

Existe-t-il un rhumatisme blennorrhogique? Existe-t-il une blennorrhagie rhumatismale?

L'une et l'autre manière de voir a réuni pour la défendre des partisans convaincus et passionnés.

Pour nous, nous ne voulons retenir de tous les faits apportés à la tribune « Que la singulière liaison signalée entre les écoulements uréthraux et la diathèse rhumatismale, les faits d'urétrite et d'ophtalmie, d'origine purement rhumatismale, apportés par M. Maurice

Perrin, et les observations sans nombre de blennorrhagies aiguës jugées par des crises goutteuses ou rhumatismales, en un mot, l'alternance de poussées inflammatoires articulaires d'origine arthritiques et de poussées inflammatoires uréthrales.

Ainsi, loin de ne prêter au rhumatisme qu'une influence secondaire sur une maladie de l'urèthre déjà constituée, bien des auteurs ont voulu que, dans bon nombre de cas, la blennorrhagie ne fût elle-même qu'une manifestation uréthrale de cette diathèse.

En vain a-t-on allégué que les déterminations inflammatoires du rhumatisme n'arrivaient jamais jusqu'à la purulence, les faits sont venus nombreux et probants en faveur de la blennorrhagie rhumatismale. La possibilité de cette affection chez des arthritiques, indemnes de toute contamination, sa durée, des poussées inflammatoires successives sur l'urèthre perdant leur caractère primitif d'acuité pour coexister ou alterner avec des manifestations subaiguës et même chroniques de cette diathèse, ont permis à certains auteurs de considérer cette affection comme liée à la seule existence de la diathèse; celle-ci pouvant non seulement coexister avec ses liaisons et les entretenir, mais les créer même d'emblée au besoin, leur infligeant tour à tour, comme à toutes leurs autres manifestations morbides, un processus, soit vraiment aigu, soit subaigu, soit chronique.

A côté du rhumatisme viennent se place la scrofule et la tuberculose, ces deux affections qui, séparables cliniquement, correspondent aujourd'hui anatomi-

quement chacune à une période différente d'évolution d'une même lésion anatomique.

Ici encore, on s'est posé ces questions, à savoir : « Si l'urétrite était toujours tuberculeuse chez un tuberculeux ? Ou si elle pouvait, en affaiblissant l'organisme, devenir une cause pour celui qui en était atteint de réceptivité morbide ? Si, enfin chez un tuberculeux, sans trouver sa cause dans la présence de tubercules dans l'urèthre, elle pouvait être entretenue par le seul fait de la tuberculose déjà existante ou même à l'état latent.

Cette opinion est celle qui nous importe le plus, étant donné le sujet que nous traitons et le soin que nous mettons à rechercher les causes de chronicité de l'urétrite.

Ce n'est pas que nous ignorions que les uns, comme M. le professeur Richat et son élève Mougin aient vu dans une blennorrhée rebelle la cause d'une tuberculisation génito-urinaire chez un sujet plus ou moins indisposé ; et que, les autres, MM. Barnier et Védrine (thèse de doctorat, 1873) en aient fait le premier symptôme d'une tuberculose déjà existante ; mais ce qui nous importe de savoir, c'est comment se comporte chez un sujet tuberculeux ou qui va le devenir une simple blennorrhagie.

C'est le cas de citer ici, textuellement, Jamïn, si compétent en cette matière :

« Chez les tuberculeux, dit-il, page 41 de sa thèse inaugurale, non-seulement l'urétrite récidive et s'éternise pour ainsi dire à l'infini, mais elle semble se localiser dans l'urèthre postérieur. Tel est du

moins le résultat de l'observation clinique. Peut-être cette localisation et cette persistance des lésions ne marquent-elles que le début d'une tuberculisation urinaire, mais jusqu'à présent, il manque la preuve anatomique et l'on n'a pu encore saisir le moment précis où, dans le cours d'une blennorrhée, apparaissait le tubercule naissant. »

On voit, désormais, tout le cas que l'on doit faire de l'influence de l'état général et constitutionnel, sur la persistance de la chronicité de l'urèthrite et sur le mode de propagation de cette inflammation dans l'urèthre profond.

CHAPITRE III

De l'urétrite chronique.

L'urétrite chronique peut donc, ainsi que nous venons de le voir, affecter séparément chaque partie du canal, être antérieure ou postérieure ; mais, si la localisation, dans des parties dissemblables anatomiquement, demande souvent des causes différentes pour présider à son installation dans telle ou telle partie de l'urèthre, cette même localisation entraîne avec elle des différences autrement importantes dans la symptomatologie de l'urétrite.

C'est que, s'il existe, anatoniquement et étiologiquement, deux sortes d'urétrites, il existe aussi bien symptomatologiquement une urétrite antérieure et une urétrite postérieure ; chacune ayant ses signes

et ses complications particulières, réclamant une investigation plus ou moins attentive, retentissant d'une façon différente sur l'organisme, se laissant plus ou moins facilement pressentir et rechercher.

Bien plus, il est des cas où l'une ou l'autre sont évidentes, où, malgré la différence de leur symptomatologie, elles sont d'un diagnostic facile; parfois, au contraire, il faut les rechercher, éviter de les confondre avec une de leurs complications, ou même savoir leur rapporter des troubles fonctionnels que le défaut de recherche ferait rapporter à d'autres états morbides.

Aussi, tout en décrivant d'une façon générale l'urétrite antérieure et l'urétrite postérieure, tout en essayant de faire surtout saisir leur symptomatologie différente, nous nous efforcerons en même temps de les étudier par leur côté le plus difficile; alors que, plus ou moins latentes, elles persistent sans causer trop de désordres au moins apparents ou immédiats dans l'économie, comme l'urétrite antérieure; ou, qu'elle s'installe sans bruit comme l'urétrite profonde au préjudice, dans un temps plus ou moins long, de l'intégrité des organes voisins et avec la menace des troubles locaux et généraux qui peuvent se réaliser.

Urétrite antérieure chronique.

L'urétrite chronique antérieure est de beaucoup plus fréquente que l'urétrite chronique postérieure.

Sur 103 malades atteints d'urétrite chronique, 74 l'étaient d'urétrite antérieure.

D'ailleurs, l'étude de la marche de la blennorrhagie aiguë qui débute toujours par l'avant-canal, la connaissance des causes qui président au passage de l'inflammation de l'urèthre antérieur à l'urèthre profond, énumérées dans le chapitre précédent, l'importance du cul-de-sac bulbaire, en disent assez sur le mode de production de l'urétrite chronique postérieure, la plupart du temps subordonnée à l'existence d'une urétrite chronique antérieure déjà existante, pour que ayons ici à y revenir.

L'urétrite chronique antérieure n'ouvre la scène par aucun symptôme douloureux, n'éveille aucun symptôme fonctionnel. La douleur vraie, soit spontanée, soit provoquée par les mictions, ne se rencontre jamais.

Les démangeaisons au gland, les pesanteurs au périnée sont exceptionnelles dans cette variété d'urétrite.

Également les mictions ne sont ni plus fréquentes ni plus pénibles qu'auparavant.

L'écoulement, tel est le principal pour ne pas dire l'unique symptôme de l'urétrite chronique antérieure.

Composé de globules blancs et de cellules épithéliales de l'urèthre, on y a encore décrit des micrococci allongés et effilés qui, par leur présence, rendraient l'urétrite contagieuse.

Non seulement sa composition, mais encore les caractères physiques varient avec le degré d'inflammation de la muqueuse uréthrale; tantôt incolore et

transparent, il peut, sous la plus légère influence, suffisante d'ailleurs pour redoubler l'acuité de l'affection, devenir muco-purulent, même tout à fait jaunâtre ; c'est pour ces mêmes raisons qu'il peut être tour à tour clair, épais et visqueux.

Habituellement, c'est avec la plus grande facilité qu'il apparaît au méat, peu abondant, il s'y montre généralement, sous la forme d'une goutte plus ou moins incolore décrite sous le nom de goutte militaire. Cette goutte peut tantôt se renouveler plusieurs fois par jour, d'autrefois et plus ordinairement elle a besoin de toute la nuit pour se reproduire, et, paraissant au réveil, est dite matinale

L'écoulement n'exige, pour se montrer au méat, l'intervention d'aucune force mécanique. On sait avec quelle facilité le nitrate d'argent instillé dans le cul-de-sac bulbaire revient à l'orifice de l'urètre. De même le pus de l'urétrite antérieure se fait jour tout naturellement par l'orifice du méat toujours ouvert, bien différent dans son mode d'expulsion du pus de l'urétrite postérieure qui ne s'écoule et n'apparaît qu'avec le premier jet d'urine, ayant vaincu la résistance du sphincter membraneux.

Mais, si l'urétrite chronique antérieure est généralement facile à constater avec sa goutte militaire apparaissant d'ordinaire le matin et venant sourdre si aisément au méat. Il n'en est pas toujours ainsi.

En effet, il arrive parfois que l'inflammation, s'atténuant tous les jours d'avantage, semble à la longue définitivement guérie et disparue, quand cependant elle ne fait que sommeiller.

C'est en vain, que pendant de longs mois, le malade a recherché le suintement urétral, symptôme de son ancienne affection : il n'a pu ramener le moindre liquide au méat ; mais, qu'il commette un écart de régime, qu'il se livre à un excès de table, au coït répété et fréquent, et l'ancienne lésion se ravive, la goutte reparaît, qui dure un ou plusieurs jours, souvent des mois.

D'autrefois, l'inflammation n'est plus réchauffée assez par aucun excès pour qu'il y ait goutte, mais alors il y a quelques filaments dans le premier jet d'urine ; alors, aussi, le malade a, plus facilement qu'un sujet sain, des envies fréquentes d'uriner qui durent un ou deux jours et qui semblent indiquer un effort de l'urétrite antérieure, pour devenir postérieure. Que cet effet soit favorisé et sans que l'écoulement ait été reconnu, une urétrite profonde se déclare.

C'est ainsi que l'urétrite antérieure peut échapper à nos investigations et que nous pouvons facilement la méconnaître, si aucune circonstance favorable au redoublement de l'inflammation ne vient augmenter un écoulement si atténué qu'il semblait avoir disparu ; ou, si des phénomènes d'urétrite postérieure soudain développés ne viennent nous apprendre que la lésion ancienne existait encore qui a présidé à l'inflammation de l'arrière canal.

Lorsqu'elle se comporte ainsi, quel autre nom peut-on donner à l'urétrite antérieure, que celui d'urétrite antérieure latente.

Aussi, alors que l'urétrite antérieure cache la

meilleure preuve de son existence, le suintement uréthral, nous importe-t-il de savoir le rechercher et d'acquiescer la preuve matérielle de sa présence dans l'urèthre.

C'est ainsi que l'exploration uréthrale s'impose surtout dans l'urétrite chronique antérieure latente, et que sans elle, il est souvent impossible de porter le diagnostic.

Ceci nous amène à parler de l'utilité de l'exploration dans l'urétrite chronique antérieure et de son *modus faciendi*.

Quelle sera l'utilité de l'exploration ?

Dans le cas d'urétrite avec écoulement, elle confirme le siège exact de la lésion et précise le lieu de production de l'écoulement. Dans le cas où cette urétrite est latente la boule de l'explorateur peut seule ramener les filaments du pus qui stagne et se dissimulent dans le cul-de-sac bulbaire.

Pour le *modus faciendi* et l'exploration, voici comment on devra opérer : « On prendra une boule du calibre 18, on la poussera doucement, afin de sentir s'il n'y a pas d'irrégularités dans la région spongieuse. Souvent, trois ou quatre mois après le début de la chaudepisse, surtout si elle a été intense on sent une ou plusieurs saillies plus ou moins marquées, il ne faut pas d'emblée conclure à la fatalité d'un rétrécissement, car, très fréquemment, quand l'inflammation est guérie, ces saillies disparaissent. C'étaient des exsudats inflammatoires probablement glandulaires et périglandulaires qui se sont résorbés quand l'urétrite a guéri. (Tédenat).

On fait donc cheminer la boule lentement. Elle ne va pas tarder à butter contre le collet du bulbe ou contre l'orifice antérieur de la région membraneuse. On distinguera cette constatation naturelle d'un rétrécissement à la sensation spéciale, indéfinissable, éprouvée par le malade (besoin d'uriner, impression de l'urine qui passe), ou s'arrête, on retire la boule. Si elle porte du pus, c'est qu'il y a uréthrite et uréthrite bulbair.

L'exploration de la partie postérieure ne saurait se faire si précédemment on n'a lavé et nettoyé le cul-de-sac au bulbe.

C'est M. Aubert, chirurgien de l'Antiquaille, qui a donné le seul procédé sûr et pratique du lavage de l'urèthre antérieur.

Rejetant la sonde à boule et la seringue qui lui est annexée, il les remplace par un tube de caoutchouc long de 12 à 14 centimètres et du calibre de 8 ou 9 de la filière charrière et par l'irrigation continue.

De cette façon, il évite d'exercer une pression assez forte sur le sphincter membraneux, de vaincre sa résistance et de propager la contagion.

En même temps, dans ses mains, le lavage devient l'instrument le plus précieux de diagnostic de l'uréthrite chronique postérieure.

En effet, le lavage de l'urèthre antérieur est fait au complet, et l'on est sûr que le premier jet d'urine pourra renseigner sûrement sur l'état de l'urèthre postérieur.

Il ne faut pas moins quelquefois de 700 grammes d'eau avant que l'avant canal soit complètement

nettoyé. On comprend que dans bien des cas la sonde à boule puisse devenir inutile pour éclairer le diagnostic.

Néanmoins, après un tel lavage enduit de vaseline, elle sera encore utile si le pus de l'urèthre postérieur est en si petite quantité, qu'il ne puisse s'écouler pendant la miction.

Signalons encore ce fait important à propos de l'urétrhite chronique antérieure et de son écoulement.

C'est que dans quelques cas, il y a une mucoité claire, filante, comme du blanc d'œuf. Alors, il est difficile de décider si le suintement muqueux est du vrai mucus, de la sécrétion glandulaire normale incapable de devenir contagieuse, mais exagérée dans sa production, ou si c'est encore un produit pathologique capable de devenir contagieux... Nous n'avons pas ici à entrer dans la discussion de la contagiosité de l'urétrhite... Mais s'il est vrai que la blennorrhagie doive ses propriétés contagieuses spéciales à un micrococcus, il faudrait, soit par l'examen microscopique direct, soit par des cultures méthodiques, s'assurer s'il y a ou s'il n'y pas de micrococcus.

Ainsi, l'expression par pression excessive d'un mucus vrai ne doit pas être pris pour de l'urétrhite chronique.

Le mucus vrai est incolore, file longuement. Mais si le liquide est opalin, s'il file peu surtout, si le microscope y décèle des globules purulents et des gonococcus, on doit croire à ses propriétés contagieuses.

La marche de l'urétrite chronique antérieure, comme nous l'avons établi, est surbordonnée à des causes multiples (diathèses, traitement intempestif). N'y revenons plus, sachons seulement qu'elle peut rester cantonnée dans le même point de la partie antérieure du canal, des mois, des années, si on ne va pas l'atteindre directement et souvent même sans donner naissance au rétrécissement.

Urétrite chronique postérieure

Nous voici dès maintenant arrivé à la partie la plus importante et la plus difficile à traiter de notre thèse, à l'urétrite chronique profonde.

Bien plus rare que l'inflammation chronique de l'urètre antérieur, elle se présente encore assez fréquemment, et, comme nous le verrons, elle est d'autant plus nécessaire à connaître qu'elle donne lieu souvent à des phénomènes morbides variés et qu'elle s'accompagne de complications qui, grâce à des symptômes qui leur sont communs avec cette variété de l'urétrite chronique peuvent rendre le diagnostic difficile (uréthro-prostatite) (uréthro-cystite.)

L'urétrite chronique postérieure peut provenir directement d'un urétrite aiguë profonde; elle peut succéder à une urétrite chronique antérieure, quand tous les moyens qui favorisent son passage au-delà du sphincter interurétral sont réalisés (influences constitutionnelles, thérapeutique, excès de toute sorte);

elle peut enfin prendre naissance d'emblée dans l'urèthre rétro-pubien. (Obs. VI).

Que l'urétrite chronique postérieure provienne directement d'une blennorrhagie aiguë, et il y a eu déjà une période d'acuité inflammatoire de l'arrière canal, caractérisée par des mictions fréquentes, douloureuses, souvent avec du sang, toutes espèces de complications ont été possibles : cystite, épididymite, spermato-cystite ; de pareils troubles et de pareilles complications mettent rapidement sur la voie, et l'urétrite chronique postérieure est évidente.

Mais, que l'envahissement de l'urèthre profond ne se fasse que bien après que la blennorrhagie a perdu de son acuité, c'est-à-dire que la propagation inflammatoire n'ait été rendue possible que lorsque déjà l'urétrite était à l'état chronique dans l'urèthre antérieur, et on comprendra que les symptômes de cette nouvelle urétrite, moins accentués, apparaissant au fur et à mesure, à la longue, sans grand retentissement tout d'abord sur les organes voisins pourront être méconnus et que l'urétrite qui a pris naissance mérite assez le nom au moins à une période peu avancée *d'urétrite latente*.

En effet, elle pourra être d'autant plus facilement méconnue, qu'elle peut être confondue avec la cystite du col et qu'elle ne laissera que difficilement apparaître grâce à la présence du sphincter interurétrhal, le pus qui en est la preuve la plus irrécusable.

Plus tard encore, l'éveil de troubles fonctionnels génitaux facilement imputables à d'autres affections, le changement opéré dans le liquide écoulé devenant

prostatorrhéique, le mode de sortie de l'écoulement mal interprété, les pollutions confondues avec de véritables éjaculations séminales qui arrivent dans ce cas, nous font un devoir de décrire d'une façon approfondie la symptomatologie de l'urétrite profonde, celle-ci se cachant tantôt sous la variété des symptômes, tantôt passant inaperçue grâce à leur petit nombre et à leur difficile appréciation.

C'est de cette façon que nous sommes conduits à étudier divers troubles et la nature de l'écoulement, auxquels peut donner lieu cette urétrite chronique postérieure plus ou moins latente.

Ces divers troubles constitueront pour nous la symptomatologie à peu près complète de ce genre d'urétrite.

Nous diviserons ces différents symptômes en :

- 1^o Troubles urinaires.
- 2^o Troubles génitaux.
- 3^o Sécrétions pathologiques.
- 4^o Phénomènes douloureux.
- 5^o Phénomènes généraux.

1^o *Troubles urinaires.* — De tous les symptômes, le premier en date, celui qui ne manque jamais, mais aussi celui qui est le plus facile à rapporter à une autre affection, la cystite du col, est sans aucun doute le besoin fréquent d'uriner.

En effet, l'urétrite chronique a frappé l'urèthre profond, le sphincter interurétral a été forcé, mais celui-ci ne tarde pas à témoigner à son tour, par ses alternatives de contraction et de relâchement, qu'il a

été envahi et que derrière lui l'inflammation s'est faite. Véritable col du réservoir urinaire, ainsi que l'a considéré Guyon, puisque sa contractilité abolie, l'incontinence d'urine est établie, il entre en jeu du moment qu'il y est sollicité et le besoin fréquent d'uriner devient inévitable.

C'est surtout après des excès vénériens, après de fréquentes libations, sous l'influence du froid chez les rhumatisants, après une longue course à cheval, comme nous le verrons dans plusieurs de nos observations que ce besoin d'uriner s'aggrave, que les mictions deviennent de plus en plus fréquentes et que la véritable cystite du col peut venir alors compliquer le symptôme déjà assez grave et assez incommode par lui-même de l'urétrite chronique postérieure.

Dans ce cas, le jet d'urine est accompagné de quelques gouttes de sang et il peut même y avoir de véritables hématuries.

2° *Des troubles génitaux.* — Disons le tout de suite, les troubles génitaux que nous allons rapporter sont relativement rares et ne se voient guère réunis sur le même individu et heureusement sont loin de compliquer ordinairement l'urétrite chronique postérieure. Néanmoins, il nous faut leur accorder un paragraphe spécial, surtout parce qu'ils ont été peu signalés et qu'ils trouvent cependant leur confirmation dans les observations des malades qu'il nous a été donné d'étudier.

Ces troubles génitaux sont traduits de façons différentes : ce sont tantôt des pollutions nocturnes ou

diurnes, tantôt des érections fréquentes au moins au début; bientôt incomplètes.

Puis, ces érections deviennent rares, trop courtes, suivies d'une éjaculation trop rapide (tachyspermatisme) rendant le coït incomplet et bientôt impossible et aboutissant à l'impuissance.

Ces pollutions nocturnes et diurnes peuvent être quelquefois, mais rarement, il est vrai, véritablement spermatorrhéiques.

Je sais bien que nous touchons ici à une grosse question, à celle de la pathogénie, de la spermatorrhée vraie, déjà si longuement et si ingénieusement étudiée par Lallemand, mais, si nous ne partageons pas complètement la manière de voir du célèbre chirurgien, si nous ne pouvons comme lui faire dépendre d'un seul trouble génital des phénomènes généraux graves jettant le désordre dans toute l'économie, intéressant la plupart des fonctions et surtout des fonctions nerveuses; si nous ne pouvons le suivre aussi loin et tirer des conclusions semblables aux siennes, il nous semble qu'il faut lui tenir compte d'avoir su rapporter, dans certains cas, la spermatorrhée et des troubles fonctionnels dont la réalisation n'est pas impossible à l'excitation et à la phlogose de la portion uréthro-prostatique de l'urèthre.

Que cette spermatorrhée vraie soit, en fait, excessivement rare, nous n'y contredisons pas, et, comme nous le verrons plus loin, le liquide écoulé et qui a donné lieu à tant d'erreurs et de discussions est le plus souvent le produit de la sécrétion perversie de la prostate enflammée; que sa sortie sous forme d'éja-

culation soit plutôt un fait d'ordre essentiellement mécanique et seulement réalisé lorsqu'il y a eu des efforts de défécation ou quand l'urèthre postérieur est sollicité à se contracter par le trop plein du liquide prostatorrhéique accumulé derrière le sphincter interurétral, cela est vrai ? Mais (notre observation VII), et l'opinion et les faits rapportés par bon nombre d'observateurs sont là néanmoins pour affirmer que sous l'influence longtemps prolongée d'une irritation de la partie postérieure à l'urèthre, des pollutions véritablement spermatorrhéiques peuvent avoir lieu et venir compliquer les autres troubles génitaux :

« Daniel Mollière, article spermatorrhée, *dictionnaire des sciences médicales*, s'exprime ainsi : « A la suite d'une inflammation de l'urèthre, le canal, dans toute sa longueur, la région prostatique en particulier, restent le siège d'une vive irritation, d'une sensibilité anormale, la moindre excitation amène un réflexe sur la moelle ; il y a éjaculation, comme il y a miction, quand la vessie enflammée est irritée par une sonde ou une pression rectale ; c'est de la même manière qu'agit l'onanisme, il crée une sensibilité pathologique des organes qui obéissent aux moindres excitations.

Keyes and Van Suren (*Genito urinary diseases*, page 460) dit aussi : « que les pollutions nocturnes fréquentes dépendent souvent d'un état irritatif de l'urèthre postérieur.

Samuel W. Gross de Philadelphie, tout en tenant compte de la prédisposition due au nervosisme, fait

jouer un très grand rôle pour produire la spermatorrhée vraie à l'inflammation chronique de la région prostatique.

Koehn (*in Pitha et Billroth*) signale une preuve d'une grande valeur : les résultats du traitement, conclue-t-il, indiquent que dans beaucoup de cas de spermatorrhée, il y a une inflammation plus ou moins intense sur le plancher de l'urèthre prostatique.

Curling (*maladies du testicule*) : les pertes séminales involontaires sont quelquefois causées par une blennorrhagie occupant la région prostatique de l'urèthre.

Humphry (*Holmes septem*, vol. 4, page 606) met le point de départ de la maladie dans la région prostatique de l'urèthre, tout en admettant avec Dicenta (*Deutsche Klinik*, 1857) l'influence d'une excitabilité spéciale de la moelle qui répond plus rapidement aux excitations de la région prostatique enflammée.

Tédenat, dans l'observation qu'il nous a communiquée, a vu le simple traitement local par les instillations argentiques faire disparaître rapidement des pollutions fréquentes et vraiment spermatorrheïques, chez un individu non névropathe et nullement porté à l'hypocondrie.

Quoiqu'il en soit, rare est ce trouble génital en tant que symptôme de l'urétrite chronique postérieure; il était néanmoins utile de le signaler, Lallemand lui ayant donné une trop grande importance et ayant exagéré l'influence de l'inflammation prostatique dans la production de ce trouble fonctionnel, et, d'autre part, les auteurs modernes et Jamin en

particulier nient sa possibilité dans le sujet qui nous occupe.

Toutefois, interrogez les malades et ils croiront être dans la vérité en vous affirmant qu'ils ont de véritables éjaculations spermatiques. Ces éjaculations, vous diront-ils, sont nocturnes ou diurnes : nocturnes, elles apparaissent sous l'influence d'un rêve voluptueux ; diurnes, sous l'influence de l'imagination, de l'équitation, de voyages en chemin de fer. (Nos observations nombreuses montrent la garantie de ces assertions). Mais, nous verrons dans le paragraphe suivant (à propos des sécrétions pathologiques), quelle est la nature de ces pollutions et quel est le mécanisme qui préside en pareil cas à l'éjaculation.

Ce n'est pas là, du reste, seulement les phénomènes qu'ils accusent, et les autres troubles génitaux qui président et accompagnent ces pollutions sont aussi importants à connaître.

Ce sont, vous diront les malades, tout d'abord une augmentation de l'orgasme vénérien ; un désir plus grand du coït ; sous cette influence les érections sont fréquentes, d'abord complètes, mais à la longue, à cette excitation a succédé une période dépressive ; leurs érections deviennent rares, les corps caverneux se remplissent mal, quelquefois, ils ont déjà éjaculé, qu'ils n'ont pu encore réaliser leurs érections et à la seule approche de la femme (Tachyspermatisme, Rousseau cité par Lallemand), l'impuissance est constituée.

Comment de pareils troubles génitaux peuvent-ils

s'expliquer, si ce n'est par la persistance de l'inflammation uréthrale et son influence continue sur les centres médullaires.

Tédénat, d'après des recherches qu'il a publiées en 1877, concluait que l'impuissance était généralement due à une inflammation subaiguë ou chronique de la région prostatique (*Médical and surgical reporter*, 5 mai 1877).

Plus tard (*Médical News and library*, sept. 1880), il affirmait, d'accord en cela avec d'autres auteurs, que l'inflammation de l'urèthre prostatique avait sur les réflexes médullaires la même influence que l'inflammation de l'utérus chez la femme. Elle détermine une irritation continue des nerfs centripètes, qui, à la longue, produit l'asthénie du centre génito-spinal.

Keyes et Van Buren mettent aussi l'influence de l'urèthre membrano-prostatique au nombre des causes de l'impuissance.

Faut-il conclure de tous ces faits et avec Lallemand, que c'est seulement dans cet état, organes génitaux enflammés d'une façon permanente et dans les érections véritablement spermatorrhéiques, si par hasard elles existent, qu'est la cause de ces symptômes réellement extraordinaires, de cette consommation, de ces troubles des fonctions nerveuses, aboutissants si souvent, d'après lui, à l'impuissance et à l'hypochondrie?

Nous le croyons d'autant moins que les quelques troubles génitaux symptomatiques d'une lésion de l'urèthre postérieur, que nous venons de rapporter, sont rarement expliqués, si l'on ne tient compte en

même temps de la prédisposition du sujet à de pareils troubles fonctionnels.

Pour apprécier sainement, il faudra faire entrer en ligne de compte, la santé générale antérieure du sujet, son nervosisme; en un mot, tout en faisant la part des influences uréthrales, savoir ce qu'il convient de rapporter aux influences cérébro-médullaires et générales.

Il ne faut pas oublier, en effet, que de pareils désordres génitaux ne s'observent surtout que chez les hypocondriaques déjà réalisés, chez les névropathes, chez les émotifs et principalement chez les tabétiques.

Fournier a décrit (décembre 1884) un tabes à début génital remarquable d'abord par une exagération de l'appétence sexuelle et la fréquence des pollutions spermatorrhéiques et aboutissant bientôt au tachyspermatisme et à l'impuissance.

Il faut donc, pour toutes ces complications génitales, tout en admettant la grande influence de l'irritation périphérique partant de l'urèthre profond enflammé et activant outre mesure, d'une façon trop permanente, les centres médullaires et les excitant d'abord puis les asthéniant, tout en tenant compte, dans bien des cas, de la valeur démonstrative du traitement qui, appliqué à la maladie locale, fait cesser les troubles médullaires, prendre bien garde de ne pas confondre l'effet avec la cause et de rapporter à l'irritation uréthrale des complications générales dont dépend souvent le trouble génital.

3^o *Sécrétions pathologiques.* — C'est ici, surtout, dans cette variété de l'urétrite, qu'il importe de bien constater l'écoulement, et d'apprendre à reconnaître sa composition, sa couleur, son mode de sortie hors du canal et à travers le sphincter membraneux, si on ne veut pas commettre les erreurs des anciens et rapporter les symptômes à d'autres affections.

L'urèthre antérieur est toujours ouvert, que le pus soit accumulé dans le cul-de-sac bulbaire, et la simple pression va l'amener au méat; pour qu'il puisse sortir, il n'est pas besoin que la première miction ait entr'ouvert le sphincter interurétrhal.

Les choses ne sauraient se passer ainsi dans l'urétrite postérieur; ici, l'issue est fermée, le liquide produit ne peut s'écouler librement, à moins qu'il n'y ait en même temps urétrite antérieure et que le sphincter n'ait perdu de sa tonicité.

C'est seulement avec le premier jet d'urine ou sous l'influence de l'effort que l'écoulement va déceler sa présence.

Dans le cas le plus simple, avec les premières gouttes d'urine, le pus va apparaître sous forme de nuages de bouchons, de filaments.

D'autrefois, accumulé derrière le sphincter au point d'amener la distension de l'urèthre membraneux, il va solliciter la contraction réflexe des muscles éjaculateurs et sortir d'une façon intermittente sous forme d'éjaculation en miniature dans la journée.

Enfin, et cela assez rarement, c'est seulement au moment de défécation ou à la fin de la miction, que le produit écoulé va être expulsé.

Dans ce cas là, il nous faudra diagnostiquer en plus une prostatite compliquant l'urétrite postérieure.

La couleur, la consistance de cet écoulement, ne rappellent pas non plus la couleur et la consistance de celui de l'urétrite antérieure. Tandis que dans cette variété de l'affection, il varie de la transparence incolore à l'opacité jaunâtre, ici, il est toujours le même, blanchâtre, laiteux, quelle qu'en soit la quantité.

On comprend que l'ignorance dans laquelle on était autrefois de l'existence d'un sphincter interurétral, la tendance qu'on avait à voir dans la gonorrhée une affection des voies génitales plutôt qu'urinaires, le mécanisme et la composition de ces prétendues éjaculations nullement ou mal étudié, l'aspect du liquide aidant, certains auteurs, Lallemand surtout, aient confondu le liquide symptomatique de l'urétrite postérieure avec une émission séminale.

Mais, le microscope plus souvent et mieux employé aujourd'hui, l'histoire clinique de l'urétrite profonde et de ses complications mieux connue, sont venus rendre l'erreur impossible et aider à déterminer la nature de l'écoulement.

Quelle est donc la nature de l'écoulement ? et d'où peut-il venir ?

L'écoulement de l'urétrite chronique postérieure se compose habituellement d'éléments organiques, tels que cellules épithéliales et leucocytes en plus ou moins grande abondance, mais il ne faut pas oublier qu'en dehors des mictions et du sperme que nous venons d'écarter, deux autres espèces de matières parcourent seules le canal ; le liquide prostatique et l'urétrorrhée.

Cette dernière, il est vrai, ne se produit qu'après le phénomène tout physiologique de l'érection et nous ne voyons guère quelle influence elle pourrait avoir sur la composition de l'écoulement de l'urétrite profonde.

Il n'en saurait être de même du liquide prostatique.

En effet, que l'urétrite profonde s'accompagne d'inflammation chronique de la prostate, et ce liquide perverti par l'inflammation va augmenter dans sa quantité.

Il y aura une véritable prostatorrhée et le nouveau liquide sécrété, symptomatique de la lésion glandulaire, va modifier l'écoulement et contribuer à lui donner son aspect blanchâtre et sa consistance laiteuse.

L'écoulement ainsi devenu prostatorrhéique serait surtout formé : (Jamin après le Dentu.)

1^o Par des granulations graisseuses à centre clair et à bord obscur, caractéristiques.

2^o Par des cellules épithéliales cylindro-coniques à cils vibratils.

3^o Par des leucocytes plus ou moins abondants.

Dans le cas encore qui nous occupe où l'urétrite profonde et la prostatite coexistent, le voisinage vésical et rectal de la prostate influe sur la sortie de l'écoulement et celui-ci a lieu surtout à la fin de la miction et pendant l'acte de la défécation.

En résumé, telle est la nature de l'écoulement dans l'urétrite chronique profonde qu'il peut être simplement purulent ou prostatorrhéique. Telles sont ces façons différentes de se comporter vis-à-vis du sphinc-

ter interurétrhal, qu'il peut le vaincre, soit par la seule influence de l'effort du premier jet d'urine, soit en le sollicitant à s'ouvrir par des éjaculations éloignées les unes des autres, soit pendant l'acte de la défécation ou encore par une dernière secousse vésicale.

Quant à la prostatite chronique (à moins qu'elle ne soit spécifique c'est-à-dire tuberculeuse), elle est tellement sous la dépendance de l'urétrite chronique postérieure, que la constater c'est porter en même temps le diagnostic d'urétrite profonde.

4° *Phénomènes douloureux.* — Les phénomènes douloureux peuvent se limiter à la sphère génito-urinaire, ce qui est la règle, ou s'étendre au loin. Dans la sphère génito-urinaire, signalons la douleur au niveau du gland. Elle survient surtout quand il y a un certain degré d'inflammation de la prostate. Citons aussi les douleurs au col de la vessie ; celles qui surviennent au moment de l'éjaculation ou pendant la défécation. Les phénomènes, douloureux à distance, consistent en pesanteur lombaire, en fourmillements dans les membres inférieurs, plus rarement ce sont des gastralgies. Nous pensons que les céphalès pénibles, la photophobie indiquée par quelques auteurs et en particulier par Lallemand et son élève Dawson, par Milton, dépendent surtout du nervosisme du sujet et d'une hypocondrie vraiment psychique.

5° *Phénomènes généraux.* — Parmi les phénomènes généraux, les uns peuvent se rapporter à l'excitation bientôt suivie de dépression des centres

médullaires; les autres sont le résultat de changements opérés dans l'état mental du sujet.

Dans le premier cas, il peut y avoir une telle augmentation de l'action réflexe, que les malades présentent souvent des phénomènes qu'on ne rencontre à ce degré que chez les femmes hystériques; on a signalé également de la parésie des membres inférieurs, des troubles digestifs, des troubles de l'ouïe pouvant aller jusqu'à la surdité, des troubles de la vue que Abadie (traité des maladies des yeux) a décrit chez la femme sous le nom de kopyopie utérine, des troubles de la sensibilité cutanée, se traduisant tantôt par des picotements, tantôt par une vive sensibilité de tout le tégument.

On se souvient également à quels troubles généraux, l'excitation prolongée des nerfs centripètes prostatiques, en actionnant la moëlle et déterminant de cette façon de l'irritation et plus tard de la neurasthénie cérébro-spinale ont donné naissance.

On comprend désormais que de pareils phénomènes d'excitation et de dépression nerveuses puissent conduire le patient au nervosisme et éveiller chez lui les spéculations hypocondriaques.

Encore ici néanmoins, le nervosisme, l'hypocondrie doivent être regardés d'ordinaire comme dépendant moins de la maladie locale que des dispositions naturelles à l'individu. Naturellement porté à la lypémanie, à la nosomanie, l'affection locale devient pour le malade, l'occasion de spéculations hypocondriaques.

Il faut cependant savoir rapporter à l'état local l'influence qui doit lui revenir, surtout quand on voit le traitement de celui-ci faire disparaître les troubles généraux.

Complications.

RÉTRÉCISSEMENT. — PROSTATITE CHRONIQUE. —
URÈTHRO CYSTITE. — SPERMATO-CYSTITE. — EPIDI-
DYMITE.

Les complications de l'uréthrite chronique sont différentes, suivant que celle-ci a frappé l'urèthre antérieur ou l'urèthre postérieur.

Ici encore, nous trouvons la preuve de la dualité de l'urèthre; l'intégrité du sphincter membraneux et par suite de toute la portion profonde de l'urèthre entraînant avec elle, toute absence de complication du côté des organes (prostate, vessie, canaux éjaculateurs, canal déférent) mis en contact immédiat avec la muqueuse retro-sphinctérienne.

Nous décrivons donc la prostatite, la cystite, la spermato-cystite, l'épididymite, comme autant de complications de l'uréthrite chronique postérieure.

Au contraire, la complication par excellence de l'uréthrite chronique antérieure est le rétrécissement.

C'est un fait d'expérience, d'abord, et de plus sa présence est suffisamment expliquée dans la région spongieuse par la fréquence de l'uréthrite dans cette première portion de l'urèthre et par la facilité avec laquelle elle y trouve un endroit où elle se localise : le cul-de-sac du bulbe.

C'est là, en effet, le siège de prédilection des rétrécissements inflammatoires post-blennorrhagiques, tandis que les rétrécissements cicatriciels et traumatiques occupent au contraire habituellement les premiers, le méat; les seconds, l'urèthre membraneux.

Complication de l'urétrite chronique antérieure.

— *Rétrécissements.* — Rarement, les rétrécissements qui succèdent à l'urétrite sont uniques; multiples, la plupart du temps, ils ont aussi des sièges d'élection que l'exploration permet très nettement de déterminer. M. Edmond Martin, de Genève, étudiant 137 cas de rétrécissements multiples, a signalé : 31 fois seulement un seul rétrécissement. Dans les cas de rétrécissements multiples, le plus étroit siégeait presque toujours au niveau du bulbe; le moins étroit étant en même temps le plus rapproché du méat. Dans les cas où il était unique, le rétrécissement siégeait soit au niveau du bulbe, soit au niveau de la portion scrotale, soit enfin au niveau de la portion spongieuse.

Ce qu'il est surtout important de faire remarquer et que nous avons déjà signalé plus haut, c'est la lenteur du rétrécissement à se produire, et la nécessité de poussées inflammatoires répétées sur l'urèthre.

En effet, la production embryonnaire, développée sous l'influence de l'urétrite, d'abord sous épithéliale, ne gagnera que plus tard les couches sous-muqueuses; à la longue seulement les néoformations s'organiseront et les éléments hyperplasiés, en suivant leur évolution complète et en passant à l'état de fi-

bres lamineuses plus ou moins compactes, détermineront des épaisissements et des indurations, et le rétrécissement sera définitivement constitué.

La statistique de Guyon, sur l'apparition tardive de la coarctation uréthrale est concluante.

Sur 142 cas de rétrécissements blennorrhagiques :

4 sont apparus moins de un an après la première uréthrite.

10 sont apparus moins de 1 an à 2 ans.

20	—	—	2	—	4	—
----	---	---	---	---	---	---

19	—	—	4	—	6	—
----	---	---	---	---	---	---

24	—	—	6	—	8	—
----	---	---	---	---	---	---

16	—	—	8	—	10	—
----	---	---	---	---	----	---

49	—	—	10	—	20	—
----	---	---	----	---	----	---

4 plus de 20 ans.

Toutefois, le rétrécissement et l'uréthrite peuvent coexister ensemble. Nous n'avons pas à revenir ici sur l'influence supposé du rétrécissement, sur la persistance du suintement uréthral. Ce qu'il faut dire, c'est que l'un et l'autre méritent qu'on s'en occupe également, et demande presque toujours un traitement particulier. Il faut à la fois aller chercher l'uréthrite dans l'endroit du canal où elle s'est localisée et dilater le rétrécissement.

Du reste, il n'est pas douteux que le rétrécissement disparu, l'uréthrite ne soit plus facilement guérissable.

COMPLICATIONS DE L'URÉTHRITE CHRONIQUE POSTÉRIEURE. — PROSTATITE. — CYSTITE DU COL, SPERMATO-CYSTITE. — EPIDIDYMITÉ.

1^o *Prostatite*. — La prostatite aiguë complique particulièrement la blennorrhagie profonde. Avec elle, la fièvre s'éveille; les mictions d'abord fréquentes, si les phénomènes inflammatoires se prolongent, peuvent cesser bientôt complètement, et il y a rétention d'urine. En même temps, la défécation devient douloureuse, et la glande sensible au toucher rectal accroît son volume et sa consistance.

Cette forme de la prostatite ne doit pas nous occuper ici; en effet, avec l'urétrite chronique profonde, nous ne trouvons guère que la prostatite chronique.

La prostatite chronique est une complication fréquente de l'urétrite postérieure. Par un de ses symptômes principaux : la prostatorrhée, elle vient tellement changer la nature et le mode de sortie de l'écoulement urétral qu'il nous importe surtout de la signaler ici et de la décrire.

Aussi, loin d'égarer le diagnostic, elle est une preuve de plus en faveur de l'urétrite chronique profonde.

La prostatorrhée est son principal symptôme.

C'est le liquide prostatique, produit plus ou moins perverti par l'inflammation de la sécrétion glandulaire, qui vient se mélanger au muco-pus de l'urèthre profond.

Nous n'avons pas ici à revenir sur sa composition et sur les moyens que nous avons de le reconnaître. Mais, tandis que le muco-pus de l'urétrite profonde est emporté par le premier jet d'urine, le liquide prostatorrhéique éprouve encore plus de difficulté à franchir le sphincter interurétral. C'est tantôt après de violents efforts de défécation, tantôt avec les dernières gouttes d'urine expulsées qu'il se fait jour hors du canal de l'urèthre. Dans le premier cas, la glande est comme exprimée par le bol fécal ; dans le second cas, par les muscles.

La présence du sphincter interurétral fait encore que cet écoulement n'est jamais ni spontané, ni continu. Accumulé en arrière de celui-ci, quand la sécrétion glandulaire est très abondante, il peut distendre le canal, mais, c'est alors d'une façon intermittente et par une sorte d'éjaculation réflexe qu'il peut vaincre celui-ci et apparaître au méat. Nos observations prouvent assez l'importance que nous donnons à cette complication.

2^o *Cystite du col.* — La cystite, apparaissant au cours d'une urétrite chronique profonde, peut être aiguë ou chronique.

Aiguë, elle vient augmenter encore la fréquence des mictions de l'urétrite, les rendre douloureuses, insupportables, quelquefois incessantes ; il y a bientôt de véritables épreintes convulsives (Pouliot, thèse 1872) dues à la contraction spasmodique du col, quand les dernières gouttes d'urine sont évacuées.

En même temps et vers la fin de chaque miction, un

peu de liquide sanguinolent apparaît, quelquefois c'est du sang entièrement pur.

Si l'on se sert de la boule exploratrice, on ne trouve pas seulement de la résistance au niveau de la région membraneuse, comme dans l'urétrite profonde non compliquée, il y a encore un véritable ténesme à l'entrée de la vessie et le passage en est difficile à vaincre.

A tous ces symptômes, se joindront encore de véritables douleurs lombaires périnéales, des symptômes généraux, fièvre, agitation, anxiété, insomnie.

Si la cystite est chronique et c'est à peu près la règle, les phénomènes généraux n'existent point, les phénomènes douloureux, le ténesme sont singulièrement diminués et aussi le nombre des mictions.

Mais, il existe néanmoins de la douleur après chacune d'elle et de l'hématurie parfois.

De plus, avec le suintement urétral, coexiste dans le liquide urinaire, le pus produit direct de l'inflammation du col vésical.

La distinction de ces deux produits purulent, d'origine différente, réalisée par l'expérience facile des trois verres, permettra de poser le diagnostic d'uréthrocystite chronique.

On pourra donc dire que les deux affections existent ensemble.

1^o Quand les douleurs vives et parfois les hématuries se manifestent à la fin des mictions.

2^o Quand, en faisant uriner le malade en trois verres, on constatera que le premier renferme un nuage muco-purulent, ou des filaments blanchâtres entraînés par le premier jet ; quand, le second contient

une urine à peu près limpide, et que le troisième laisse déposer du pus sorti avec les dernières gouttes.

Spermato-Cystite. — La spermato-cystite, peut compliquer l'urétrite chronique profonde et revêtir la forme aiguë ou la forme chronique.

La forme aiguë se rencontre surtout à un retour d'acuité de l'inflammation.

D'après les auteurs, elle se caractériserait par un certain degré de tension douloureuse des vésicules au toucher rectal et par des éjaculations plus ou moins rapides et souvent sanguinolentes (voir observation VI, hemospermie).

Dans la forme chronique, il y aurait de la spermatorrhée véritable, des éjaculations rouillées, des douleurs pendant la miction et la défécation.

La spermato-cystite mérite d'autant plus qu'on l'étudie, que dans quelque cas elle peut être l'explication presque naturelle de certains troubles fonctionnels surajoutés aux symptômes vrais de l'urétrite profonde. Ainsi, avec une spermato-cystite coexistante, pour certains auteurs, il devient inutile d'invoquer, pour expliquer la spermatorrhée et le tachyspermatisme, le retentissement de l'irritation périphériques sur les centres médullaires.

Civiale avait déjà rapporté la spermatorrhée à l'inflammation consécutive des vésicules séminales. C'est ainsi qu'il a écrit dans son *Traité des maladies des organes génito-urinaire*, tome II, page 139 ; « Parmi les premiers et principaux symptômes qui indiquent une phlegmasie des vésicules séminales et des canaux

spermatiques, on remarque une certaine précipitation de l'éjaculation, soit qu'elle ait lieu par le coït, soit qu'elle résulte de rêves lascifs. Dans l'un et l'autre cas, lorsque la maladie a fait certains progrès, le liquide se trouve chassé avant que l'érection soit complète, quelquefois même pendant que le pénis est encore dans l'état de flaccidité. Cette particularité dépend-elle comme on le prétend, de ce que les vésicules séminales ne peuvent, à cause de leur surexcitation accidentelle, supporter la présence de la liqueur spermatique et se contractent d'une manière en quelque sorte spasmodique, pour la chasser? La nature du sperme y entre-t-elle pour quelque chose. Quelques faits ont porté à penser que l'irritation de la partie prostatique de l'urèthre et de l'orifice des conduits éjaculateurs contribuait à produire le phénomène.

On comprend que ces phénomènes au cours d'une spermato-cystite admis, on puisse expliquer certains cas de pertes séminales et de tachyspermatisme au cours d'une uréthrite chronique profonde par le seul fait de la spermatocystite.

4° *Epididymite*. — C'est une complication fréquente pouvant se répéter plusieurs fois dans le cours de la même affection.

Aiguë, quand l'inflammation chronique du canal s'exacerbe, pouvant persister dans sa chronicité tant que persiste la lésion de l'arrière canal.

Chaque redoublement de l'inflammation uréthrale peut s'accompagner d'une nouvelle inflammation épi-

didymaire et donner lieu à une sorte d'épididymite à répétition, comme nous le verrons aux observations V, X et XII. D'autres fois, c'est au moins sans cause apparente que cette complication paraît prendre naissance; c'est, tandis que l'écoulement est à peine appréciable, les symptômes locaux de l'urétrite presque nuls; si bien que cette seule complication épидидymaire peut mettre sur la voie du diagnostic et déterminer le chirurgien à en rechercher la cause derrière le sphincter membraneux.

D'après Duplay, beaucoup d'urétrites, dites par effort, dépendent d'une urétrite plus ou moins latente.

Cabibel (Thèse de Montpellier, 1882) rapporte des faits semblables qui lui ont été communiqués par Tédénat.

La publication, dans le *Lyon Médical*, 1^{er} janvier 1885) d'Eraud, interne de M. Aubert à l'Antiquaille, vient du reste à l'appui de cette opinion que l'épididymite est surtout symptomatique de l'urétrite postérieure latente.

Eraud dit, page 118, « Dans le cas où l'épididymite vient à se produire, il y a toujours pour la blennorrhagie une sorte de détente; les symptômes uréthraux s'apaisent, disparaissent presque pour céder la place aux symptômes produits par la tumeur des bourses, et plus loin, voir page 153, « On peut conclure que c'est une loi absolue que de voir avec l'épididymite disparaître ou tout au moins s'amender l'urétrite prévésicale.

Cette opinion n'infirme en rien les nôtres; et si nous croyons que chaque poussée uréthrale peut

s'accompagner parfois d'épididymite, nous ne disons pas pour cela que *l'uréthrite n'y perde* point en intensité.

Nous ne croyons pas cependant devoir être aussi absolu que notre ami Eraud et assimiler complètement l'épididymite à un révulsif puissant ou invoquer la métastase.

Dans nos observations, en effet, si l'écoulement a diminué, l'exploration a ramené encore du pus de l'urèthre postérieur (l'examen microscopique a été fait); les symptômes d'uréthro-cystite n'ont pas diminué parallèlement, les envies fréquentes d'uriner ont persisté, et enfin l'épididymite a seulement guéri après l'uréthrite postérieure. Le traitement par les instillations amenant seulement la résolution épididymaire.

Aussi ce qu'il faut surtout faire remarquer, c'est l'importance du traitement de l'uréthrite profonde, quand on veut voir la fin de ces épididymites énormes qui laissent après elles des noyaux d'induration si difficiles à disparaître.

En effet, la phlegmasie uréthrale entretient la phlegmasie du canal déférent et de l'épididyme.

Notre observation V nous montre que déjà à la douzième instillation, dans un cas d'épididymite à répétition, une résolution rapide de l'engorgement épididymaire s'est effectuée.

CHAPITRE IV

Diagnostic de l'urétrite chronique.

Que dire du diagnostic de l'urétrite chronique, qui ne soit déjà contenu dans tout ce que nous venons d'écrire.

L'écoulement constaté est-il bien dû à une lésion uréthrale?

Du à une lésion uréthrale, à quelle variété d'urétrite chronique a-t-on à faire?

Est-il bien dû à une lésion de l'urèthre?

L'écoulement dans l'urétrite chronique antérieure ne saurait être rapporté à aucune lésion des organes voisins. La confusion est plus facile, quand il s'agit de celui qui a son origine dans l'urèthre postérieur. Dans ce cas, en effet, il peut être rapporté soit à une

affection de la prostate, soit à une affection des vésicules séminales, de la vessie ou des reins.

D'ailleurs, nous le savons déjà et nous avons essayé de l'établir de toutes les façons, dans notre chapitre précédent, la prostatite ne va guère sans une affection chronique de l'urèthre profond et la constatation de la prostatorrhée vient plutôt confirmer le diagnostic d'urétrite postérieure. Mais il reste à se demander si l'écoulement provient de la vessie ou des reins? Outre que la néphrite et la cystite ont chacune leur symptomatologie spéciale, le mode de sortie de l'écoulement, sa composition décelée par le microscope, permettent ici de résoudre la question. Que l'une ou l'autre de ces affections existe et, d'une part, le liquide écoulé sort mélangé presque intimement avec l'urine (Expérience des 2 verres de Sir Henry Thompson) et, d'autre part, on trouve, dans un cas, des cellules épithéliales de la vessie ou les éléments des diverses productions morbides de ce réservoir; dans l'autre, des cylindres hyalins ou épithéliaux caractéristiques.

La confusion peut cependant être faite et cela, surtout chez les tuberculeux, dans le cas de prostatite tuberculeuse. A ce sujet, il faut se souvenir des deux observations rapportées, l'une par Guyon (leçons cliniques des maladies urinaires) ; l'autre par Fournier (art. blennorrhagie du *Nouveau dictionnaire de Médecine*).

A quelle variété d'urétrite chronique a-t-on à faire ?

Tout ce que nous avons écrit, au chapitre Etio-

logie est une preuve de l'importance d'une pareille question !

L'urétrite est-elle blennorrhagique, rhumatismale, tuberculeuse, où est-elle due seulement à la masturbation longtemps continuée ?

L'urétrite est évidemment presque toujours blennorrhagique.

Pour ce qui est de l'urétrite rhumatismale et de l'urétrite tuberculeuse, à quoi bon revenir sur ce que nous avons déjà dit : « Les diathèses ont-elles le pouvoir à elles seules de créer l'urétrite ? L'urétrite précédemment établie, quelle influence exerce-t-elle sur l'éclosion des diathèses ? »

Disons qu'on admettra une urétrite d'origine purement rhumatismale, quand il n'y aura pas eu de contagion dûment constatée ; quand des phénomènes articulaires paraîtront alterner avec des manifestations uréthrales ; quand il y aura eu une inflammation rapide et spontanée de l'urèthre antérieur à l'urèthre postérieure.

Pour l'urétrite tuberculeuse, elle est indéniable. Il faut dire, avec Tapret, qu'elle existe surtout dans l'urèthre profond et jamais sans cystite et prostatite tuberculeuse.

Cette urétrite chronique peut-elle se développer simplement sous l'influence d'une tuberculose des organes annexes et existe-t-elle sans tubercules de la muqueuse uréthrale ? La question est difficile. Tenons nous en à cette opinion de Jamin, basée sur l'expérience des faits observés « qu'à une blennorrhée persistante succède une tuberculose urinaire, bien plus

souvent que celle-ci ne détermine une uréthrite chronique.

L'uréthrite d'origine congestive, due à la masturbation, ne sera admise qu'avec la plus grande réserve. On sera cependant bien obligé de l'accepter, si les habitudes nocives du sujet parfaitement établies, il n'y a point dans son passé de contagion antécédente, ni de traces de manifestations diathésiques.

Nous signalerons encore ici, mais pour mémoire seulement et sans vouloir la discuter, cette variété d'uréthrite chronique d'emblée qu'en 1861, Diday, de Lyon, décrivait dans les archives de médecine. Elle n'arriverait du reste que rarement et chez des individus ayant eu des rapports avec une femme indemne, il est vrai, de blennorrhagie, mais arrivée à une époque menstruelle.

Posons, enfin, cette conclusion que l'uréthrite constatée et sa variété établie, il reste encore, comme nous l'avons fait précédemment, à établir son siège dans l'un ou l'autre urèthre.

CHAPITRE V

Pronostic.

L'urétrite chronique est une affection généralement guérissable, mais les troubles des fonctions nerveuses, médullaires et cérébrales, qu'elle peut amener à la longue, la faculté qu'elle peut posséder quelquefois d'être ou de rester contagieuse, les complications qui peuvent en être la conséquence; l'action qu'elle exerce à son tour sur l'état général et sur le développement des diathèses qui sont à la fois causes et effets, font qu'on devra la considérer comme une affection grave, si elle menace de s'éterniser et si en s'éternisant, elle est réchauffée par le plus petit écart de régime ou de continence.

Il ne faudra donc pas se hâter d'assurer au malade

une prompte guérison; souvent, nous l'avons vu, en effet, après le traitement le mieux dirigé, l'affection se réveille et toutes espèces de complications sont possibles.

Ce sont ces complications qu'il faudra savoir signaler au malade, et lui faire craindre.

De cette façon, on se mettra non seulement à l'abri de tout reproche, mais encore on l'amènera à se laisser soigner et à ne point s'écarter de la ligne de conduite, si utile à suivre et qu'on ne manque jamais de chercher à lui imposer dans ce cas-là.

La cystite, l'épididymite, l'orchite, le rétrécissement ne peuvent être regardés d'une façon indifférente, et augmentent singulièrement la gravité de l'affection qu'elles accompagnent.

Ainsi, à quoi bon rappeler tous les effets funestes que peuvent avoir les rétrécissements sur la santé locale et générale.

Pour bien juger de la durée de l'affection, il faudra s'entourer encore des renseignements les plus complets sur les antécédents acquis ou héréditaires du sujet, savoir s'il est gouteux, rhumatisant ou tuberculeux.

Nous avons vu, en effet, combien était peu douteuse l'influence de ces états diathésiques sur la continuation de l'urétrite.

Le pronostic est encore singulièrement assombri, quand on songe au mot de Guyon sur l'urétrite :

« L'urétrite est la pierre de touche des diathèses. »

Il faudra effectivement tenir compte que l'état lo-

cal peut à son tour agir sur l'état général et que la diathèse sous cette influence va s'affirmer davantage. Bien plus, les exemples cliniques sont là pour prouver que, même sans aucune manifestation diathésique antérieure, le seul fait de la prolongation de l'urétrite a pu éveiller des troubles généraux et l'éclosion d'un état constitutionnel... Mais, on peut dire que, sans doute dans ce cas-là, la diathèse existait à l'état latent et que l'état local n'a été que la cause occasionnelle chez un sujet plus ou moins prédisposé.

Ajoutons à cela, que nulle affection n'entraîne après elle plus de tristesse et de névropathie. Que, l'urétrite postérieure existe depuis longtemps et avec elle les troubles fonctionnels génitaux que nous avons signalés, et nous savons combien, dans ce cas là, on doit craindre le développement possible d'un nervosisme exagéré et de l'hypocondrie.

Toutes ces raisons, nous portent à considérer l'urétrite comme une affection grave, si elle se prolonge.

Une autre considération qui ajoute encore à sa gravité et qui manque rarement de se présenter à l'esprit des malades et sur laquelle ils nous interrogent : C'est, à savoir, si l'urétrite chronique est oui ou non contagieuse.

La réponse serait difficile. Il faut alors se méfier surtout de ces urétrites chroniques à répétition, réchauffées par le moindre coït ou le plus léger excès et ne conseiller les rapports sexuels aux malades, qu'après une guérison qui se maintient depuis plusieurs mois.

CHAPITRE VI

Traitement.

Les méthodes de traitement dirigées contre l'inflammation chronique de l'urèthre sont nombreuses et variées et c'est d'ailleurs là le propre de toutes les affections rebelles, dans la production et la durée desquelles interviennent des facteurs différents dont l'action est toujours difficile à juger et à apprécier, que de réunir cette diversité de traitements.

Nous n'avons pas la prétention de les décrire en détail dans ce chapitre; quel bénéfice y aurait-il en effet à reproduire des formules empiriques sans valeur, des recettes inutiles ou dangereuses inspirées par l'ignorance ou par le charlatanisme qui s'est de tout temps si largement exercé dans les maladies génito-urinaires et n'est pas prêt de prendre fin. No s

nous contenterons de rappeler les médications basées sur les données scientifiques, en insistant de préférence sur les acquisitions les plus avantageuses de la thérapeutique contemporaine.

Nous avons insisté sur le rôle exercé par les influences générales sur la marche et la durée de l'urétrite. Le médecin devra ne pas les négliger, et, à côté du traitement local, il faudra qu'il institue un traitement général qui variera selon les individus.

Traitement local. — Les livres hippocratiques ne font pas mention de la médication topique dans les maladies de l'urèthre fort négligées d'ailleurs à cette époque. En réalité, son histoire ne commence guère qu'avec Galien qui, le premier, conseille des injections émollientes ou astringentes, des poudres diverses telles que l'alun, la sabine incorporée à du miel, des corps gras afin qu'elles soient plus facilement introduites au moyen de sondes, de cathéters.

Les Arabes et les Arabistes attribuaient toutes les affections urinaires (écoulements, rétrécissements, incontinence et rétention d'urine...) à l'existence de caroncules, de carnosités développées dans les profondeurs du canal, au voisinage du col de la vessie. Toute leur thérapeutique découlait de cette donnée dont l'erreur est depuis longtemps démontrée. Ces carnosités, causes de tous les accidents, ils les détruisaient par des bougies à demeure chargées d'alun calciné, de poudres de rhue, de sabine ou d'autres compositions bizarres et compliquées dont on trouvera la liste dans les vieux auteurs. Inutile de les citer.

Au moyen-âge, on n'invente rien de mieux ; pourtant quelques médecins réagissent contre l'emploi exclusif des bougies caustiques à demeure ; c'est ainsi que François de Pedemonte vante des injections composées de poudres de safran et de camphre délayées dans de l'eau de roses.

Quand, à l'époque de la Renaissance et avec les guerres d'Italie, les maladies vénériennes sévissent en grand nombre, alors, aussi recommence plus forte que jamais, la vogue des bougies médicamenteuses destinées à cicatriser les ulcères, à détruire les carnosités. Elles se composent de tous les astringents possibles (alun simple, alun calciné, sulfate de fer, poudre de sabine, de rhue, de racine de grenadier, de suie.....) Jean de Vigo (1460), André Lacuna (1551), Diaz (1588)..... n'emploient pas d'autres moyens dans la plupart des maladies chroniques de l'urèthre.

A. Paré parle de ces bougies, mais il est médiocrement partisan de leur emploi à demeure, conseillé par quelques médecins de son temps ; aussi, pour obtenir une action durable, par des moyens aussi peu douloureux que possible, il invente un porte topique uréthral, composé d'une canule en argent et d'une tige faisant l'office de piston. Cet instrument lui sert à pousser dans l'urèthre des poudres d'ocre, d'antimoine, d'alun, de sabine. Fabricius ab Acquapendente et Fabricius Hildanus se contentent de modifier légèrement l'instrument du père de la chirurgie française, sans ajouter aucune notion nouvelle. Dans le XVIII^e siècle, chaque inventeur imagine des bougies, des injections ou des poudres nouvelles. Dans

notre siècle, les bougies médicamenteuses perdent de leur vogue; pourtant Bretonneau, Velpeau, Ricord, Civiale les conseillent encore quelquefois dans les cas rebelles. C'est aux injections astringentes ou cathérétiques qu'on a le plus souvent recours; bien plus, et c'est là un fait important, on s'efforce de localiser l'action topique à la partie sur laquelle s'est faite la localisation morbide. De cette tendance naissent les porte-caustiques de Lallemand, de Chassaignac, de Guyon, de Langlebert..., les insufflateurs pour poudres médicamenteuses de Jacquemier et Mallez. On peut dire que, un grand progrès a été accompli du jour où l'on a su limiter l'action mesurée du remède à la portion malade du canal.

Injectons. — Dans l'urétrite chronique antérieure, l'inflammation est habituellement localisée au cul-de-sac du bulbe. Il faut donc que le liquide injecté atteigne cette région, d'un autre côté, si elle la dépasse, si elle force le sphincter membraneux et pénètre dans la région prostatique elle peut déterminer une urétrite postérieure. Il est difficile, on le voit, d'arriver juste, d'injecter assez de liquide, de ne pas en injecter trop. En général, la seringue à injection ordinaire ne sera remplie qu'à moitié ou aux deux tiers; le piston sera poussé lentement; le liquide sera conservé dans le canal deux ou trois minutes.

La limitation de la quantité d'injection est bien préférable à la pratique qui consiste à arrêter le liquide injecté en conseillant au malade de s'asseoir sur le barreau d'une chaise, de placer un tampon sur le

périnée, de presser avec les doigts la racine de la verge. Tous les moyens empêchent le liquide de pénétrer au cul-de-sac du bulbe.

Il vaut mieux pratiquer les injections à canal ouvert. Pour cela le bec de la seringue est armée d'un tube mince en caoutchouc long de 4 centimètres qu'on introduit tout entier dans le canal. Le liquide injecté revient entre le tube et la paroi du canal qui n'est nullement distendu par lui. Il n'y a donc pas à craindre que l'injection dépasse le collet du bulbe et on est à peu près certain d'atteindre le cul-de-sac. L'injecteur de Galois est, à ce point de vue, très recommandable.

Harrison (de Liverpool) conseille beaucoup le lavage, l'irrigation large de l'urèthre. Il introduit une canule métallique étroite dont l'extrémité profonde pénètre jusque dans le cul-de-sac; le bec d'une seringue d'une capacité variant de 60 à 100 gr. est introduit dans l'extrémité antérieure de la canule. Le liquide est poussé lentement et revient au fur et à mesure, à la condition qu'on ne presse pas le canal sur la canule. Ce mode de lavage nous a donné quelques bons résultats; on peut au besoin le confier aux malades intelligents. Pour cela on prend une sonde en gomme, calibre 12 de Charrière, percée aux deux bouts. On fait une marque à 9 ou 10 centimètres de l'extrémité à introduire, et jusqu'à laquelle le malade la poussera dans le canal. Laissant la sonde libre, il y injectera 50 gr. de liquide et obtiendra ainsi, sans distension pénible et sans danger de faire pénétrer la solution dans l'urèthre postérieur, un bon lavage mo-

dificateur du cul-de-sac du bulbe et de toute la portion du canal située en avant de lui. — Il est inutile de revenir ici sur la description du lavage de l'urèthre antérieur, tel que M. Auber le fait faire à l'Antiquaille, qui est sans contredit le seul qui doit être employé et puisse ne pas compromettre le sphincter interurétral.

Nous rappellerons seulement la solution de sulfate de zinc (0,50 à 0,80 p. 100), de sulfate de cuivre, dans les mêmes proportions. L'injection aux trois sulfates est depuis longtemps classique ; à l'hôpital du Midi, Simonet conseille la formule suivante :

Sulfate de zinc.	{	à 1 gr.
— de cuiv.		
-- de fer...		
Eau.....		250 gr.
Mucilage de gomme....		10 gr.

La solution de permanganate de potasse a donné de bons résultats dans les formes subaiguës et même dans les formes chroniques. M. Tédénat emploie souvent la formule suivante :

Permanganate de potassium	0,10 à 0,20.
Alun.....	0,20 à 0,50.
Eau.....	150 gr.

Elle est peu douloureuse et efficace.

Le bichlorure de mercure à 1/6000 1/3000 est vanté par Constantin Paul ; il faut éviter l'addition d'alcool, inutile pour une solution aussi étendue et qui pro-

voque de vives douleurs. Le biiodure de mercure, dans les mêmes proportions, rend aussi des services, ainsi que le sulfate de quinine (1 gr. pour 150 gr. d'eau distillée).

Une remarque générale s'applique à toutes les injections à canal fermé ou à canal ouvert : c'est que leur puissance est infiniment plus grande quand on les introduit chauffées (45 à 50 degrés).

Les *injections isolantes* ont été beaucoup vantées et donnent des résultats incontestables dans bien des cas. Caby a conseillé le sous-nitrate de bismuth à la dose de 2 à 4 gr. pour 150 gr. Souvent, dans une solution de sulfate de zinc, on suspend une quantité variable d'oxyde de zinc, de sous-acétate de plomb ou de sous-nitrate de bismuth. Il est nécessaire de bien agiter le flacon et de pousser l'injection sans retard pour que le médicament en suspension n'ait pas le temps de se déposer dans la seringue ou d'en obstruer le bec. Il faut aussi éviter d'employer une dose trop élevée ; car si le sous-nitrate de bismuth et l'oxyde de zinc n'exercent pas d'action caustique ou cathérétique, ils peuvent, s'ils sont employés en trop forte proportion former des concrétions qui gênent la miction et peuvent mécaniquement irriter douloureusement le canal. Ces remarques s'appliquent aux injections solidifiantes du docteur Paillason et aux insufflations pulvérulentes de Mallez. Le salycilate de bismuth 1/150 est très bon mais douloureux.

En résumé, les injections faites avec les précautions délicates que nous avons indiquées rendent de grands services à la période de subacuité de la blennorrhagie

et dans quelques cas de blennorrhée chronique ; mais elles sont souvent inefficaces parce qu'elles n'atteignent pas la région malade ou dangereuse parce qu'elles la dépassent et peuvent alors porter l'inflammation dans l'urèthre postérieur jusque-là sain. De plus, comme leur action s'étend à tout l'urèthre antérieur, elle doit être modérée sous peine de provoquer des accidents et alors elle est souvent insuffisante à la guérison de la partie malade.

Bougies dilatatrices. — Nous ne parlerons pas des bougies médicamenteuses si en honneur chez les anciens et qu'ont recommandées, récemment encore, Mallez et Jardin ; elles n'ont aucun avantage sur les injections ordinaires et leur introduction irrite péniblement le canal. Le mauvais côté de leur action mécanique n'est pas compensé par l'efficacité des principes médicamenteux qu'elles contiennent (bougies de Raynal, à base de gélatine, de tannin).

Nous nous occuperons seulement de l'emploi des bougies dans le but de dilater l'urèthre. Il est recommandé par un grand nombre de chirurgiens. Swediaur, Hunter et surtout B. Bell s'étendent longuement sur ce sujet. En 1844, Béniqué affirme que : « L'écoulement chronique, étant un des symptômes du rétrécissement de l'urèthre, disparaît de lui-même à la fin du traitement de cette dernière affection, au moyen de la dilatation ». Alphonse Guérin conseille de traiter les blennorrhagies anciennes et qui ne sont pas douloureuses par le passage successif de plusieurs bougies ; elles ont pour effet de modifier la

muqueuse, d'assouplir le tissu sous-muqueux et de combattre le rétrécissement s'il existe. En 1854, le professeur Rollet (de Lyon), dans un travail remarquable s'efforce de démontrer, par de nombreuses observations, que beaucoup de blennorrhées sont accompagnées et entretenues, sinon causées, par un certain degré d'étroitesse du canal, compatible pourtant avec l'émission régulière de l'urine. Aussi préconise-t-il la dilatation méthodique de l'urèthre combinée du reste avec les injections astringentes, dont on trouvera de nombreuses formules dans son remarquable ouvrage. Dans son traité (1868), Voilemier soutient que « l'écoulement cesse de lui-même dès que le calibre de l'urèthre est rétabli ; telle est aussi l'opinion de Ricord, de Désormaux, de Thompson, d'Harisson, de Keyes et Van Buren, de Dittel... Ottis (de New-York) va plus loin, et soutient que la blennorrhée dépend souvent de *rétrécissements larges* qu'il coupe avec son uréthrotome dilatateur.

Nous avons déjà exprimé notre manière de voir sur les relations qui existent entre l'urétrite chronique et le rétrécissement de l'urèthre. Nous n'y reviendrons pas. Il est incontestable que toute coarctation devra être traitée encore plus pour elle-même que pour l'inflammation uréthrale qu'elle contribue souvent à entretenir. De plus, quelques auteurs ont attribué à la bougie une véritable action modificatrice sur la muqueuse. Guérin dit : « La compression produite sur les glandules uréthrales, à l'aide de grosses bougies, doit entrer en ligne de compte dans le résultat final. » D'après Ricord, l'introduction une ou deux fois par

jour d'une bougie qu'on laisse séjourner 10 à 15 minutes dans le canal triomphe de certains écoulements réfractaires à tout autre traitement. « Toutefois, dit-il, la guérison ne s'effectue pas toujours de la même façon. Ordinairement la sécrétion morbide est d'abord augmentée, l'instrument agissant à la manière des irritants; puis, en continuant, peu à peu elle diminue, pour disparaître définitivement, à moins qu'on ne préfère alors tenter la médication suppressive. Mais quelquefois l'écoulement décroît insensiblement sans avoir été préalablement ravivé... »

Cette action modificatrice ne saurait être complètement niée; la pression de la sonde, vrai massage, peut modifier les glandes, produire une irritation utile sur la muqueuse; mais il ne faut jamais oublier que la bougie peut refouler la sécrétion morbide dans l'urèthre postérieur. Aussi nous croyons que son emploi doit être limité aux cas où il y a un rétrécissement commençant, une diminution de la souplesse des tissus. On prendra toutes les précautions pour que l'instrument ne contagionne pas l'urèthre postérieur. A cette fin, avant le cathétérisme, le malade urînera et il sera même bon de pratiquer une injection détersive et antiseptique de l'urèthre antérieur.

En résumé, l'emploi des bougies n'est guère indiqué que dans les cas où il y a rétrécissement. Celui là guéri, quelquefois l'écoulement disparaîtra sans autre traitement; plus souvent il sera nécessaire d'y ajouter des injections ou des instillations.

Cautérisation. — On peut l'obtenir au moyen d'injection au nitrate d'argent à la dose de 1/30, ou à un degré de concentration plus élevé. Mais une telle solution agissant sur une grande surface provoque des violentes douleurs et n'est pas exempte de dangers, tels que : phlegmons suivis de fistules..... On a donc songé à limiter l'action du caustique, de là l'invention des porte-caustiques de Lallemand, de Chassaingnac, Bron..... Le maniement de ces instruments rigides est peu commode dans la partie profonde de l'urèthre ; puis qu'on emploie le nitrate d'argent pur ou mitigé par l'addition de nitrate de potasse, la cautérisation souvent trop intense s'accompagne de vives douleurs, d'hémorrhagie, d'escharres, d'orchites et même de phlegmons péri-uréthraux.

Des mains habiles pouvaient seules porter le caustique sur la région malade. Désormaux, en inventant l'endoscope, permit une localisation plus précise, mieux localisée de l'action du caustique. Mais l'examen endoscopique est si difficile, si pénible pour le malade qu'il ne s'est guère généralisé.

Instillation. — L'historique des instillations n'est pas long. On a commencé par les employer contre la cystite du col. Mercier employait une petite sonde courbe, lavait la vessie et cherchait le point où l'eau, en elle injectée, ne coulait plus. A ce moment, l'œil de la sonde affleurait au col vésical. Il retirait la sonde de 2 centimètres amenant ainsi son œil dans la région prostatique. A ce moment, il faisait une petite injection. Reliquet agissait à peu près de la même

manière. Par ce moyen, la quantité de liquide employée équivalait à plusieurs grammes; c'était plus qu'une instillation, l'action du caustique n'était pas assez mesurée. Un praticien de l'Auvergne, le docteur Dubé (de Pont-du-Château) employait un instrument composé d'une bougie creuse à bout olivaire criblée de fins pertuis en pomme d'arrosoir. Dans la cavité de la bougie, il introduisait une petite éponge imbibé de la solution argentique. Après avoir conduit l'olive au point du canal qu'il voulait atteindre, il pressait au moyen d'un mandrin sur l'éponge qui laissait tomber par les trous de l'olive terminale une plus ou moins grande quantité de liquide. Ce procédé avait plusieurs inconvénients: 1^o la rigidité de la sonde métallique; 2^o la quantité de liquide n'était pas facile à mesurer.

Les vraies instillations ont été inventées par Guyon (vol. de chirurgie, 1867). L'appareil nécessaire pour les pratiquer se compose de :

1^o Un explorateur en gomme flexible à bout olivaire creux dans toute sa longueur et perforé au sommet de son olive terminale d'un petit trou filiforme qui admet à peine une épingle et détermine la sortie du liquide goutte à goutte.

2^o Une seringue, genre Pravaz, contenant de 4 à 6 grammes de liquide. A chaque demi tour du piston sort de l'instrument une goutte du liquide qui y est contenu. A cette seringue est adaptée une canule d'argent, creusée d'un canal filiforme, conique, et disposé en pas de vis à l'extérieur. Elle se visse facilement et solidement sur l'explorateur en gomme.

Pour bien compter le nombre de gouttes qu'on instille, il faut toujours amorcer, c'est-à-dire que la seringue étant fixée sur la sonde, on pousse le piston jusqu'à ce que le liquide sorte par l'extrémité de l'olive. Alors, à chaque demi-tour de piston, une goutte sort de la sonde.

Pour faire des instillations dans l'urèthre antérieur il est bon de se servir d'un explorateur à bougie terminale assez grosse (de 15 à 19 de Charrière) qui, conduite jusqu'au fond du cul-de-sac, puis retirée de quelques millimètres en avant, retiendra dans le cul-de-sac les quelques gouttes qu'on y instillera.

Pour agir sur l'urèthre postérieur, il faut choisir une olive petite (10 - 12 de Charrière), attendu que l'action du sphincter interurétral retiendra le liquide en arrière. D'ailleurs, une boule petite passe sans provoquer autant de douleur qu'une grosse.

L'opérateur devra, pour les instillations, compter exactement le nombre de gouttes qui, selon l'irritabilité du canal et le degré de la solution, varient de 6 à 12.

Quand on injecte dans l'urèthe antérieur une solution de nitrate, astringente (1/100 1/60), le malade éprouve; au bout de deux ou trois minutes, une chaleur, une tension plus vive et un besoin d'uriner qui n'est généralement pas très intense. La première miction s'accompagne d'une sensation de cuisson peu vive qui ne se reproduit plus ou va vite en diminuant avec les mictions suivantes. Un écoulement de muco-pus plus ou moins abondant se produit et dure quelques heures, rarement plus de deux jours. Du

reste, cette réaction inflammatoire devient de moins en moins marquée à mesure que l'état du canal s'améliore.

L'instillation dans l'urèthre postérieur détermine, chez quelques malades, une sensation de froid intense au col de la vessie. Elle disparaît au bout de une ou deux minutes et fait place à un besoin d'uriner plus ou moins pressant qui persiste pendant quelques heures en diminuant. Il y a pourtant des malades tout spécialement irritables chez lesquels cette poussée d'urétrite postérieure aiguë, produite par l'instillation, dure plus longtemps; il faut, chez eux, et pour les instillation, ne les faire que tous les quatre ou cinq jours. On se trouve bien, chez ces malades, pour calmer l'irritabilité uréthro-vésicale de l'emploi de lavements laudanisés ou d'un suppositoire opiacé pris avant l'instillation. Tédénat, dans 3 cas, a eu à se louer de l'usage du chlorhydrate de cocaïne instillé dans la région du col, il lui préfère les suppositoires contenant un ou deux centigr. de morphine.

Les solutions employées sont à 1/50, 1/60, 1/80. Quand, après une dizaine d'instillations méthodiquement pratiquées, la guérison n'est pas complète ou l'amélioration considérable, il ne faut pas désespérer de la guérison d'une façon absolue, mais il y a lieu de l'annoncer comme très difficile à obtenir. En pareil cas, si le sujet n'est pas trop irritable, il faut essayer une solution à 1/30, sans trop insister sur son emploi.

Traitement général. — Il est utile, dans tous les

cas, mais c'est surtout chez les sujets diathésiques que son importance est la plus grande. Il y a avant tout à surveiller *l'hygiène*. Le repos de l'organe malade s'impose; les relations sexuelles, les excitations génériques seront évitées. On voit souvent, à la suite du coït, de désirs vénériens, une recrudescence se produire. Pour les calmer, le bromure de potassium et de sodium, le camphre seront utiles; mieux vaut encore éviter les occasions qui les provoquent. L'alimentation sera aussi surveillée. Elle ne sera pas excitante, les piments, les épices seront proscrits. Les boissons alcooliques exercent une action mauvaise depuis longtemps reconnue, surtout la bière, les vins blancs. Il ne faut pourtant pas, dans les cas chroniques, priver le malade de vin rouge et d'une alimentation réparatrice. A ce point de vue, le médecin tiendra grand compte de l'état local et général du sujet.

L'hydrothérapie, les bains sulfureux, résineux, les bains de mer rendront de grands services chez les sujets lymphatiques. Les bains alcalins, auxquels on ajoute de 10 à 25 gr. d'essence de térébenthine sont très utiles chez les rhumatisants. A eux aussi conviennent les frictions sèches. — Une saison à Balaruc, à Sales de Béarn, à Luchon, à Barèges, sera indiquée chez les scrofuleux auxquels aussi on conseillera les iodiques, l'huile de morue, les arsenicaux. En un mot, le traitement général devra être institué sévère et adapté à l'état général du malade.

Certains états secondaires donneront lieu à des indications spéciales.

Contre l'inflammation chronique de la prostate, les frictions iodées sur le périnée, les bains de siège à eau courante, l'électrisation galvanique. Le pôle positif sur le périnée, le négatif aux lombes ou à l'hypogastre. Le courant faible (de 10 à 25 milliam-pères) durera 1/4 d'heure environ. — Dans quelques unes de nos observations, le massage modéré de la prostate, fait avec le doigt introduit dans l'anus, a paru être de quelque utilité. Il y a lieu de le tenter, surtout quand la glande est un peu tuméfiée sans être atteinte d'un état d'inflammation intense.

CONCLUSIONS

1° La portion membraneuse de l'urèthre de l'homme est une portion qui, véritablement musculeuse, joue le rôle de sphincter et divise le canal en deux parties distinctes : L'urèthre antérieur et l'urèthre profond.

2° Ce sphincter joue le rôle de barrière vis-à-vis de l'inflammation de l'urèthre antérieur. Jamin, n'admet pas que ce sphincter soit habituellement forcé dans la période aiguë de la blennorrhagie; Aubert (de Lyon), s'appuyant sur la fréquence de la prostatite, 70 0/0, affirme la plupart du temps l'urétrite aiguë profonde.

3° La présence du sphincter inter-urétral, qui entraîne avec elle deux variétés cliniques de l'urétrite aiguë, entraîne également deux variétés de l'urétrite chronique : L'urétrite chronique antérieure et l'urétrite chronique postérieure.

4° L'étiologie de ces deux variétés de l'urétrite chronique est différentes. L'urétrite

chronique profonde est plus fréquente cependant que ne le dit Jamin, et se complique habituellement de prostatite. Elle se développe surtout grâce aux modes défectueux des traitements habituels. Aussi, le lavage de l'urèthre antérieur doit être fait, ainsi que le conseille M. Aubert, avec un tube de caoutchouc du calibre 8 ou 9 de Charrière d'une longueur de 10 à 12 centimètres et l'irrigation continue, avant de tenter toute exploration en arrière du sphincter membraneux.

5° L'urétrite chronique antérieure et l'urétrite chronique postérieure diffèrent encore essentiellement par leur symptomatologie.

L'écoulement, qui est le seul symptôme de l'urétrite chronique antérieure, peut être très difficile à rechercher et l'on a affaire, dans ce cas là, à une urétrite chronique antérieure latente.

6° L'urétrite postérieure a des symptômes particuliers, il est souvent difficile de les séparer de ceux qui appartiennent à ses complications. L'écoulement est ou simplement mucopurulent, soit prostatorrhéique; le lavage de M. Aubert, suivi de la miction dans plusieurs verres et le microscope seront les meilleurs éléments de diagnostic de l'urétrite postérieure et principalement de cette variété de l'urétrite chronique avec ses complications.

7° L'urétrite postérieure peut s'accompagner

quelquefois de troubles génitaux fonctionnels d'origine réflexe. L'inflammation uréthro-prostatique influençant les centres médullaires et cette influence pouvant se traduire d'une part par des troubles du côté des sécrétions, et d'autre part par une perversion assez marquée de l'acte de la fécondation (tachyspermatisme, impuissance.

8° Les complications de l'urétrite postérieure méritent d'être étudiées avec soin et principalement la prostatite et l'épididymite qui est souvent symptomatique d'une urétrite chronique postérieure latente.

9° Le traitement sera local en général. On ne sera autorisé à pénétrer dans l'urèthre postérieur qu'après le lavage le plus complet fait en avant du collet du bulbe.

VU BON A IMPRIMER *

Le Président de thèse,

ROLLET.

VU BON A IMPRIMER

Le Doyen,

LORTET.

PERMIS D'IMPRIMER

Le Recteur,

ÉM. CHARLES.

Lyon, le 22 juillet 1885.

OBSERVATION I

(Personnelle.)

URÉTHRITE POSTÉRIEURE CONSÉCUTIVE A L'ACTION DU FROID HUMIDE. ÉTAT AIGU RAPIDEMENT AMÉLIORÉ PAR LES CAPSULES D'ESSENCE DE TÉRÉBENTHINE. ÉTAT CHRONIQUE AYANT DÉTERMINÉ AU BOUT D'UNE ANNÉE UNE ÉPIDIDYMITÉ GAUCHE. PAS DE TROUBLES GÉNÉRAUX.

Jean Cav... cultivateur âgé de 38 ans, lymphatico sanguin, de forte constitution, ayant toujours joui d'une excellente santé, sans antécédents pathologiques, (ni rhumatisme, ni gravelle, ni blennorrhagie). En novembre 1882, J. C. étant aux champs fut surpris par une pluie froide qu'il endura pendant une heure, il garda pendant trois heures ses vêtements mouillés. Un vent vif aidé à augmenter le refroidissement. Il éprouva le lendemain des douleurs vagues dans les membres inférieurs et les lombes ; deux jours après, envies fréquentes et irrésistibles d'uriner. Le lendemain, quelques gouttes de sang coulèrent à la fin de la miction ; cet état dura depuis dix jours sans subir aucune amélioration, malgré la diète lactée et des bains chauds. Alors les capsules d'essence de térébenthine (12 par

jour) suspendirent en trois jours les hématuries et diminuèrent la fréquence des mictions (20 à 30 par jour). Leur emploi fut continué et après deux semaines le malade urinait, non sans une douleur pénible, dix à quinze fois par jour, deux ou trois fois la nuit. Il s'accommodait de cet état qui par périodes s'améliorait ou s'aggravait, quand, le 8 octobre 1883, à la suite d'excès de vin, les douleurs de miction se ravivèrent, les besoins de pisser devinrent plus fréquent; le 11 octobre, épидidymite aiguë forte à gauche. Le malade s'adressa à nous et nous lui appliquâmes un suspensoir anato-caoutchouté; il fut pratiqué tous les deux jours une instillation à 1/50. Dès la première, un mieux sensible se produisit; après la dixième, la guérison était complète; néanmoins le malade prit tous les trois jours un bain avec 500 grammes de carbonate de soude et 20 grammes d'essence de térébenthine (en tout six bains). La guérison persiste depuis.

OBSERVATION II

(Personnelle.)

URÉTHRO-CYSTITE RHUMATISMALE. — BAINS ALCALINS. —
GUÉRISON.

Paul M., âgé de 42 ans, commis-voyageur, entre à l'hôpital de la Conception, service de M. Flavard (10 juillet 1882).

Ce malade a eu déjà plusieurs attaques de rhumatisme articulaire subaigu; la syphilis, à l'âge de 20 ans, régulièrement traitée et n'ayant donné lieu à aucun accident depuis plus de 15 ans. Pas de blennorrhagie.

En 1880, attaque de rhumatisme (genou gauche, cou-de-pied droit, épaule gauche) qui dure un mois et se complique de mictions très fréquentes, pénibles, douloureuses. En 1881 (10 décembre), douleurs dans les coudes, cystite avec réten.

tion d'urine qui cède sous l'influence de bains de siège très chauds.

Le 3 mars 1882, nouvelle cystite du col, urines légèrement troubles, rendues toutes les heures avec douleurs vives. Cet état s'atténue sous l'influence du bromure de potassium (3 grammes par jour) de six capsules d'essence de térébenthine; mais, jusqu'au 15 avril, les mictions restent fréquentes (15 à 20 par 24 heures).

Entré à l'hôpital en juillet 1882. Le premier jet d'urine contient quelques filaments blanchâtres. L'explorateur ramène un peu de muco-pus; néanmoins les instillations argentiques ne donnent presque aucun résultat; la guérison est obtenue par des bains généraux contenant 600 grammes de bicarbonate de soude et 20 grammes d'essence de térébenthine. En même temps le malade prend 1 gramme d'iodure de potassium tous les jours. Le traitement dure quinze jours.

OBSERVATION III

(Personnelle)

URÉTHRITE CHRONIQUE POSTÉRIEURE DUE A LA MASTURBATION

Paul de S..., âgé de 18 ans, de taille moyenne, a toujours joui d'une bonne santé. Pas de rhumatismes dans la famille. Excès de masturbation (10 ou 12 fois par semaine) depuis l'âge de 15 ans. Le malade y a complètement renoncé depuis trois ou quatre mois.

Il éprouve, depuis un an, des besoins fréquents et impérieux d'uriner (deux ou trois fois la nuit, une dizaine de fois dans la journée); jamais de relations avec des femmes, jamais d'écoulement uréthral. *Erections très rares et toujours imparfaites*. Pollutions nocturnes deux ou trois fois par mois.

Le premier jet d'urine contient quelques filaments et laisse un léger dépôt composé de globules de pus et de cellules épithéliales.

L'explorateur à boule trouve l'urèthre antérieur sans rétrécissement et sans sécrétion morbide. Après un lavage fait avec soin, l'explorateur trouve un urèthre postérieur contracturé dans sa portion membraneuse et très sensible et ramène du pus granuleux et des filaments.

Au toucher rectal, prostate très sensible à la pression, sans augmentation appréciable du volume. Etat général bon. Vagues douleurs lombaires. Aucune tendance à l'hypochondrie.

Sous l'influence de frictions térébenthinées sur la région lombo-sacrée tous les matins, et d'instillations de nitrate d'argent à 1/50 tous les deux jours, la guérison complète fut obtenue en un mois.

Des douches froides et des bains de mer complétèrent le traitement; depuis lors, les fonctions génitales et urinaires s'accomplissent régulièrement.

OBSERVATION IV

(Personnelle)

URÉTHRITE ANTÉRIEURE ET POSTÉRIEURE LATENTE. — EPIDIDYMITÉ CHRONIQUE, SYMPTOMATIQUE INDIQUANT L'EXPLORATION. — RÉTRÉCISSEMENT.

Auguste C..., entré en février 1884, service de M. Flavard, Marseille.

Blennorrhagie aiguë à l'âge de 18 ans. Tout écoulement cesse définitivement au bout de deux mois. A 35 ans, mictions fréquentes, épididymite chronique avec tuméfaction énorme de l'épididyme. Rétrécissement bulbaire n° 15. Uréthrite postérieure et antérieure sans goutte militaire. Dilatation, instillation, diminution rapide de l'engorgement de l'épididyme, — Du reste, sujet bien portant, lymphatico-sanguin, n'ayant fait aucun excès alcoolique. La blennorrhagie avait été traitée sans injections.

OBSERVATION V

(Personnelle.)

URÉTHRITE POSTÉRIEURE DÈS LE DÉBUT. — ÉPIDIDYMITÉ A RÉPÉTITION. — GUÉRISON PAR LES INSTILLATIONS.

Jules C..., âgé de 25 ans, ingénieur civil, habitant Marseille, blond et lymphatique, de bonne constitution, a eu deux attaques de rhumatisme articulaire aigu à 15 ans; à 23 ans, il a contracté, le 25 octobre 1882, sa première blennorrhagie. Dès le début, il garde la chambre et boit de la tisane de chiendent avec 3 grammes de bromure de potassium. Au cinquième jour de son écoulement, mictions très fréquentes et peu abondantes; le sixième jour, épидидymite gauche avec épanchement abondant dans la tunique vaginale. Un suspensor compressif ouato-caoutchouté est conseillé par le chirurgien traitant, qui me le fait appliquer. Les douleurs se calment rapidement et la résolution ne tarde pas à se faire.

Le 10 novembre, l'écoulement est clair, filant, le malade prend de l'essence de santal (8 capsules par jour.)

L'écoulement cesse tout-à-fait le 19 novembre, mais le santal est continué quelques jours.

Le 16 février 1883, aucun écoulement n'ayant été constaté depuis le 19 novembre, le malade, à la suite d'excitations génitales (*succio vergæ*) est pris quelques heures après d'envies fréquentes et irrésistibles d'uriner, il se met au lit pour éviter toute complication; pourtant, il a le surlendemain une épидидymite droite, forte, qui guérit en trois semaines d'application du suspensor compressif d'Oran, non sans laisser un nodule épидидymaire.

Aucun écoulement à partir de ce moment n'a existé, mais la miction est devenue plus fréquente qu'à l'ordinaire (huit à dix fois dans les vingt-quatre heures), et quand le besoin se faisait sentir il devait être satisfait tout de suite.

Le 3 mai 1883, légère épididymite à gauche.

Le 1^{er} juin, nous constatons une uréthrite postérieure, il n'y a pas de pus dans le cul-de-sac bulbaire.

Instillations au nitrate d'argent (solution 1/80) sont pratiquées tous les jours et amènent une guérison complète.

OBSERVATION VI

(Communiquée par le docteur Tédénat).

BLENNORRHAGIE DEVENUE LATENTE APRÈS SIX MOIS. — URÉTHRITE POSTÉRIEURE. — SPERMATO-CYSTITE. — EPIDIDYMITES A RÉPÉTITION. — URÉTHRO PROSTATORRHÉE. — INSTILLATIONS. — GUÉRISON.

Emile Goud... âgé de 26 ans, sous-lieutenant au génie, antécédents rhumatismaux chez le père, lymphatico-sanguin, s'est toujours bien porté jusqu'en 1876. C'est alors que commence la série d'accidents qui se passent tous dans les organes génito-urinaires.

« Mars 1876. — Uréthrite très-aiguë pendant un mois; subaiguë pendant deux mois; puis, goutte militaire qui, au sixième mois, cède sous l'influence d'injections au sulfate de zinc et sous nitrate de Bismuth. Au neuvième mois, à la suite de succio vergæ, besoin fréquents d'uriner et deux jours après, orchite intense à gauche. Depuis, un peu d'irritabilité de la vessie; miction très fréquente même la nuit.

Février 1881. — Quinze jours après un coït, uréthrite très abondante dès le premier jour. L'écoulement diminue rapidement, presque pas de douleurs, complications d'épididymite le cinquième jour de l'écoulement. Toujours un peu d'irritabilité de la vessie; quelquefois en allant à la selle, un peu de liquide ressemblant à du sperme. Fonctions génitales normales.

Janvier 1883. — Troisième uréthrite. Le malade n'avait pas vu de femme depuis une quinzaine de jours. Il pratiqua

le coït trois fois dans la nuit; le matin même, écoulement abondant avec envies fréquentes d'uriner et douleurs au périnée et à l'anus. Guérison de l'écoulement en dix jours, par le seul usage du copahu.

A la suite de cette chaudepisse, les besoins d'uriner reviennent toutes les heures le jour, quatre ou cinq fois la nuit; le malade est obligé d'obéir de suite à ce besoin impérieux, et cela pour rendre à peine quelques gouttes d'urine.

Quelquefois, en finissant d'uriner, presque toujours en allant à la selle, il rend par le canal un liquide blanc, crémeux, parfois très gluant et qui alors n'est pas expulsé sans une certaine douleur.

J'éprouve, dit-il, de la pesanteur au périnée, et comme un corps étranger incommode dans le rectum, d'assez pénibles douleurs à la ceinture et aux plis de l'aîne.

Le coït s'accomplit lentement et s'accompagne d'une volupté douloureuse; je ne m'y livre que lorsque les sens sont trop exigeants, car, après que je l'ai pratiqué, j'urine pendant un jour ou deux beaucoup plus fréquemment qu'à l'ordinaire, c'est-à-dire vingt ou trente fois dans les vingt-quatre heures. A plusieurs reprises, j'ai éjaculé du sperme sanglant, et alors il m'a semblé qu'on m'enfonçait un poignard dans le rectum. J'ai, deux ou trois fois par semaine des pollutions nocturnes, « parfois horriblement douloureuses ».

10 octobre 1883. — Pas de rétrécissement, pas de goutte militaire, muco-pus dans la région bulbeuse. Légère contraction de la région membraneuse. Pus crémeux et filaments dans la région prostatique sans mélange de sang. Prostate un peu tuméfiée, très douloureuse à la pression. Vésicules séminales, non distendues, mais très sensibles après le toucher rectal; éjaculation d'un liquide blanc, sale, filant, strié de sang et contenant de nombreux globules de pus, des hématies, des granulations prostatiques, quelques rares spermatozoïdes, des cellules épithéliales.

Épididyme gauche triplé de volume, relié au testicule par

des masses d'inflammation chronique, douloureux à la pression. Épididyme droit sain.

Santé générale bonne, aucune tendance hypochondriaque.

Diagnostic : Uréthrite postérieure et antérieure. Prostatite chronique, spermato-cystite.

Je conseille : Bain de siège très-chaud de dix minutes de durée, tous les soirs, avant de se coucher. Le matin, friction térébenthinée sur les lombes, le sacrum et le périnée. 1 gr. bromure de calcium. Suppositoire avec 3 centigrammes poudre de belladone; 0,15 centigrammes onguent mercuriel double; beurre de cacao, quantité suffisante. Suppression du coït.

Le 20 octobre. — Le malade se trouve mieux, il urine un peu moins souvent, a eu trois pollutions involontaires non mélangées de sang et moins douloureuses.

Il rend toujours en allant à la selle, du liquide blanc, sale et en aussi grande quantité. Même traitement.

2 novembre. — Depuis huit ou dix jours, état stationnaire; l'amélioration ne s'accroît pas. 17 mictions, avant hier, le jour, 3 la nuit; hier, 15 le jour et 5 la nuit. — A onze heures du matin, instillation de 12 gouttes dans l'urèthre postérieur, de 6 gouttes dans le cul-de-sac du bulbe.

4 novembre. — Laissons la parole au malade : « Après la première injection, forte envie d'uriner, bien que j'eusse pissé immédiatement avant. Je résiste une heure, mais après quelques efforts de volonté, j'urine avec douleur, puis de nouveau un quart d'heure après; puis une heure seulement après, la douleur devient de moins en moins vive. Néanmoins, je ne me suis pas levé de la nuit; hier, j'ai uriné huit fois le jour, deux fois la nuit. »

11^e instillation à 3 heures de l'après-midi. Les bains sont remplacés par des lotions très chaudes, sur la région lombosacrée, pendant dix minutes, matin et soir.

6 novembre. — « J'ai été beaucoup moins sensible à la deuxième instillation. Hier, j'ai uriné six fois le jour, et ne me suis pas levé la nuit. Depuis quatre ou cinq jours, j'é

prouve bien moins d'incommodités au périnée et au rectum. Les pertes pendant la défécation sont moindres, je n'ai pas eu de pollutions. »

III^e Instillation. 15 gouttes dans la région prostatique; 12 gouttes au cul-de-sac du bulbe, solution 1/40.

9 novembre. — Ai peu souffert de l'instillation. Depuis avant hier, j'urine cinq ou six fois le jour, pas la nuit.

25 novembre. — Instillations tous les trois jours. Depuis quatre jours, plus de liquide rendu pendant la défécation. Mieux sensible, au point de vue des douleurs. La nuit dernière, pollution indolore. Aujourd'hui VIII^e instillation. — Continuation du reste du traitement.

1^{er} décembre. — Quatre ou cinq mictions le jour, pas la nuit. Le mieux continue. Exploration avec la bougie à boule, qui n'amène rien de l'urèthre antérieur; il n'y a plus qu'une très faible quantité de muco-pus dans l'urèthre postérieur. Prostate moins tuméfiée, moins sensible à la pression, qui trouve également les vésicules séminales plus indolores.

IX^e Instillation limitée à l'urèthre postérieur. Suspensoir, ouato-caoutchoucité pour activer la résolution de l'épididymite déjà en train de se faire. Frictions iodiques, le soir, au périnée.

4 décembre. — Le mieux continue. Hier, un peu de liquide gluant en allant à la selle. X^e instillation.

7 décembre. — Pas de liquide en allant à la selle. XI^e instillation postérieure.

11 décembre. — Pas de liquide en allant à la selle. Coût régulier, sans douleur, mais suivi de besoins d'uriner fréquents pendant une dizaine d'heures, avec ardeur dans les profondeurs du canal.

12 décembre. — Instillation XII^e. Résolution assez rapide de l'engorgement épididymaire.

16 décembre. — Mieux. Massage prostatique sans douleur.

19 décembre. — XIII^e instillation.

22 décembre. — Pas de liquide en allant à la selle. 4 ou 5 mictions par jour, pas la nuit, l'explorateur, ne ramène

rien de l'urèthre antérieur, et de simples stries purulentes de l'urèthre postérieur. XIV^e instillation à 1/30, 15 gouttes.

25 décembre. — Mieux. XV^e instillation de la solution à 1/30, 20 gouttes.

28 décembre. — Pas de liquide en allant à la selle. Massage de la prostate indolore. XVI^e instillation, 15 gouttes. L'engorgement de l'épididyme est en voie de résolution assez rapide.

31 décembre. — L'explorateur ne ramène **plus** rien le matin, huit heures après la dernière miction. XVII^e instillation.

3 janvier 1884. — XVIII^e instillation.

6 janvier. — L'explorateur revient encore sans traces de liquide pathologique. XIX^e instillation.

10 janvier. — Le malade est guéri. Exploration négative. XX^e instillation, à partir de ce moment, tous les deux jours jusqu'au 15 février, séance de galvanisme quinze milliampères Pôles + au périnée, pôle — aux lombes, durée de cinq à six minutes.

La guérison est complète, sauf un nodule de la queue de l'épididyme du volume d'une grosse aveline (septembre 1884).

OBSERVATION VII

(Communiquée par M. le docteur Tédénat).

BLENNORRHAGIE DEVENUE LATENTE APRÈS SIX MOIS. — DEUX ANS APRÈS, URÉTHRITE POSTÉRIEURE AVEC POLLUTIONS NOCTURNES VRAIES ET FAUSSES. — INSTILLATIONS. — COURANTS INDUITS DE TENSION. — GUÉRISON.

Jules R..., âge de 29 ans, tempérament lymphatico-sanguin, de forte constitution, sans antécédents nerveux personnels, ni dans sa famille, consulte le docteur Tédénat le 15 mai 1883.

« Je me suis toujours bien porté, je n'ai fait aucun excès de masturbation et me suis livré avec modération au coït...

Au mois de septembre 1878, je contractai, à Paris, pendant l'exposition, une blennorrhagie qui coula abondamment pendant trois semaines. Les douleurs étant devenues faibles et l'écoulement modéré, je pris des capsules d'essence de Santal et pratiquai des injections avec une solution à 1/200 de sulfate de zinc.

Malgré ce traitement, pour lequel je pris et suivis ponctuellement les conseils du professeur Bouisson, l'écoulement persista jusqu'au quatrième mois ; puis, jusqu'à la fin du sixième mois, je gardai une goutte militaire à peine colorée qui s'éteignit.

Ma guérison fut dès lors complète et je ne pus jamais — il est vrai que je ne l'essayais que de loin en loin — ramener, par la pression tout le long de la verge, la moindre goutte ou humidité.

Au mois de mars 1881, sans aucune cause que je puisse accuser, je m'aperçus d'un besoin fréquent d'uriner. Dans la journée toutes les heures, la nuit deux ou trois fois ; quand je buvais tant soit peu de bière, la vessie se vidait bien plus souvent et refusait d'attendre. En même temps, j'étais tourmenté par des érections fréquentes, nullement douloureuses, et j'éprouvais des désirs vénériens plus rapprochés. Le coït s'accomplissait parfaitement, et même j'éprouvais quelquefois un plaisir très vif. Bien que, ayant des relations sexuelles quatre ou cinq fois par semaine, j'avais tous les trois ou quatre jours des éjaculations nocturnes qui ne venaient pas toujours à la suite de rêves amoureux. Tout cela me préoccupait peu, l'appétit restant très bon ; pourtant, j'étais ennuyé d'uriner si souvent. Je consultai M. Bouisson qui me conseilla l'escrime, l'exercice du cheval, l'hydrothérapie, je n'y trouvai aucun mieux. Au contraire, mes besoins de pisser persistèrent, devinrent plus fréquents, et peu à peu les érections se firent rares, incomplètes. Dès que j'approchais d'une femme, le sperme s'échappait avant que l'érection fut suffi-

sante pour que l'introduction fut possible. J'éjaculais non seulement la nuit, trois ou quatre fois par semaine, mais aussi quelquefois à cheval et en voiture. Bromure d'ammonium, noix vomique, etc., bains tièdes. Rien n'y fit; je ne pouvais pas avoir de relations sexuelles même avec la femme à qui j'étais accoutumé.

Alors, bien que je vécusse au grand air et que je prisse ma situation en philosophe, plein d'espoir d'ailleurs que cet état prendrait une fin prochaine, mon appétit diminua, les digestions devinrent lentes et pénibles. J'éprouvais de la lassitude, de la pesanteur dans le bas des reins; j'avais besoin d'un long repos au lit, le sommeil était troublé par des besoins d'uriner qui se renouvelaient trois ou quatre fois par nuit; je continuais à éjaculer comme je l'ai dit tout à l'heure. En allant à la selle, je rendais souvent du liquide, clair et gluant, la même chose m'arrivait quelquefois à la fin du pisser.

Le 15 juillet 1883, je consultai le docteur Tédénat. »

A ce moment, le malade offre toutes les apparences d'une bonne santé et ne manque pas de gaité.

L'urine du premier jet contient des filaments nombreux qui se déposent au fond du vase; ils sont uniquement constitués par du mucus et des cellules épithéliales. Le reste de l'urine est clair et ne contient ni urates, ni phosphates en proportion anormale.

Le liquide rendu pendant les efforts de défécation contient les éléments du liquide prostatique; quelquefois j'y ai trouvé quelques rares spermatozoïdes, surtout quand le malade avait eu quelques instants avant une pollution involontaire.

J'ai examiné une dizaine de spécimens des liquides de pollution; les uns ont la même composition que celui qui est rendu pendant la défécation et contiennent point ou très-peu de spermatozoaires; d'autres en contiennent beaucoup plus; la composition du liquide évacué n'a pas de relation appréciable avec les sensations éprouvées par le malade pendant la pollution.

Quelquefois, à l'état de veille il a « la sensation agaçante

de la goutte qui tombe »; tantôt la goutte existe au méat, tantôt elle y fait défaut. Cette goutte ne contient pas de spermatozoïdes; elle est constituée par des globules de pus, des concrétions prostatiques et quelques cellules à cils vibratils. Il y a donc des pollutions spermatiques et des pollutions uréthro-prostatiques sans traces de sperme.

L'exploration faite avec la boule métallique donne les résultats suivants. Rien, dans l'urèthre antérieur trois heures après la miction, légère contracture du sphincter intra-uréthral, sensibilité exquise avec irradiation vers le gland et les lombes; dans la traversée membrano-prostatique, la sonde ramène du pus sanguinolent.

Par le toucher rectal : prostate vaguement tuméfiée, douloureuse à la pression qui détermine une faible éjaculation de liquide prostatique sans spermatozoïdes. Endolorissement au niveau des vésicules séminales qui ne présentent rien d'anormal, autant qu'on en peut juger.

En somme : uréthrite postérieure avec prostatorrhée et pollutions prostatorrhéiques et spermatiques.

Je conseille :

1^o Tous les deux jours, instillation postérieure d'une solution de nitrate d'argent à 1/40; 2^o Bains de siège à eau courante; 3^o deux grammes de bromure de calcium; 4^o éviter toute relation même les plus platoniques avec les femmes; 5^o exercice régulier.

16 juillet. — 29 mictions, 1 pollution.

17 — 34 —

18 — 31 — 2 pollutions.

19 — 35 —

20 juillet. — Suppositoire, 23 mictions.

21 — — 21 — 1 pollution.

22 — — 25 —

23 — — 28 — 1 pollution.

24 — — 19 —

25 — — 27 —

26 — — 29 — 1 pollution.

- 27 juillet. — Instillation (I), 17 mictions, suppositoire.
28 — Suppositoire, 14 mictions.
29 — Instillation (II), 15 mictions, suppositoire.
30 — Suppositoire, bain de siège, 11 mictions,
1 pollution.

31 juillet. — Instillation (III), 14 mictions, suppositoire.

1^{er} août. — Bain, 9 mictions.

2 — Bain, 7 mictions, 1 pollution.

Les douleurs lombaires, la sensation de fatigue dans les jambes sont sensiblement diminuées ; il est rarement évacué de liquide pendant les efforts de défécation.

Quelques érections, dont j'ai peine à empêcher le malade d'empêcher la valeur *congressive*, moins de douleurs par la pression sur la prostate, sur laquelle je vais exercer, tous les deux ou trois jours, un peu de massage avec le doigt introduit dans le rectum.

4 août. — Instillation (IV), 8 mictions, suppositoire.

5 — Bain, 6 mictions.

6 — Massage, 7 mictions.

8 — Instillation (V), 9 mictions.

9 — Bain, 7 mictions, érection.

10 — Instillation (VI), 9 mictions.

11 — Massage, 6 mictions.

13 — Instillation (VII), 8 mictions.

15 — Douche froide, 7 mictions.

18 — Le malade a passé l'avant-dernière nuit avec une femme, malgré mes recommandations. Trois coïts, dont il se montre satisfait malgré un peu trop de rapidité de l'éjaculation, ont eu lieu. Aujourd'hui, il a uriné 17 fois ; hier 21.

19 août. — Instillation (VIII), 10 mictions.

20 — Douche froide, massage, 8 mictions.

21 — Suppositoire, courant de tension + aux lombes, — dans la vessie ; éjaculation, rêve, depuis une dizaine de jours, plus de liquide pendant la défécation, 8 mictions.

22 août. — Instillation (IX), 10 mictions.

23 — Massage, bromure supprimé, 8 mictions ; état

général sans plus de douleurs lombaires, digestion régulière.

24 août. — Bains de mer, courant de tension, 9 mictions.

25 — Massage et psychrophore, 9 mictions.

26 — Bains de mer, 6 mictions, plus de liquide prostatique.

27 août. — Massage, 7 mictions. La prostate a sa sensibilité normale. Érections qui satisfont le malade.

Le malade va chasser dans les montagnes du 29 août au 3 octobre; il a très-bien supporté de grandes fatigues, urinant de cinq à huit fois dans les vingt-quatre heures; il n'a pas pratiqué le coït pendant tout le temps et n'a noté que quatre éjaculations. Le liquide rendu à la fin de la défécation n'a pas reparu. Depuis cette époque, la guérison persiste (octobre 1884) et les fonctions génitales s'accomplissent aussi bien que les fonctions urinaires.

OBSERVATION VIII

(Communiquée par M. Tédénat.)

URÉTHRITE POSTÉRIEURE. — IMPUISSANCE PAR DÉFAUT D'ERECTION.

— TACHYSPERMATISME. — DOULEURS LOMBAIRES. — MICTIONS FRÉQUENTES.

Marcel J., âgé de 31 ans, consulte M. Tédénat le 1^{er} août 1883. Voici la note rédigée par le malade, très intelligent :

« Père maigre, un peu nerveux, toujours bien portant sauf une attaque légère de rhumatisme à l'âge de 45 ans, mort de pneumonie à 74 ans.

Mère grasse, lymphatique, toujours bien portante, pas de frères ou sœurs.

Moi-même j'ai été assez délicat pendant ma première enfance. Interne au Lycée, dès l'âge de dix ans, j'abusais de la masturbation, entre 12 et 16 ans (quatre ou cinq fois par semaine). Ayant mes deux baccalauréats à 17 ans, je com-

mençai mes études de droit à cette époque et, jusqu'à 20 ans, mes actes génitaux se bornèrent à deux coïts normaux par semaine. De 20 à 23, je pratiquai le coït une fois par nuit. A 24 ans ma santé était excellente. Alors je contractai une blennorrhagie qui fut soignée par des tisanes pendant deux mois, puis par des capsules de copahu; je refusai toujours de faire des injections par crainte de rétrécissements. Ma chaudépisse disparut complètement, au bout de six ou sept mois; quatre ou cinq mois après, j'eus une inflammation du col de la vessie avec besoins très fréquents d'uriner et quelques gouttes de sang à la fin de la sortie de la faible quantité d'urine que je rendais toutes les heures environ; je pris des capsules de térébenthine, de l'eau de goudron, des bains de siège. Cette cystite dura trois mois avec des haut et des bas, puis peu à peu, disparut mais en laissant une assez grande susceptibilité de la vessie qui dure encore.

J'urine deux ou trois fois la nuit, une dizaine de fois dans la journée; le besoin est pressant, impérieux, souvent accompagné d'une douleur si drôle, que je ne sais si elle siège au périnée ou au bas-ventre.

Par le temps froid, quand je bois un peu plus que coutume et je suis très sobre, tout cela augmente.

Alors le jet d'urine s'interrompt plusieurs fois et à chaque reprise nouvelle, douleur pénible bien que très courte.

Je me suis longtemps accommodé de cet état, les fonctions génitales s'accomplissant très-bien, je ne faisais pas d'excès. Depuis un an pourtant, l'érection est faible, courte et le sperme est éjaculé dès l'intromission faite, souvent même avant. Je reste des mois entiers sans avoir une érection suffisante pour commencer le coït; aux époques les moins troublées, il est trop tôt fini. Un ou deux mouvements, le sperme coule, l'érection cesse, il n'y a plus possibilité de reprendre les hostilités. Cela n'est probablement pas bien grave, je suis à l'âge où de pareilles éclipses sont de courte durée; mais je suis ennuyé de mes mictions fréquentes, de lourdeur aux reins, aux jambes, des troubles de la vue; le matin, de vraies douleurs qui par-

tent du sacrum et se propagent vers la racine des cuisses et jusqu'au gland. Mon appétit est irrégulier, les digestions souvent lentes, accompagnées de gonflement du ventre, et alors, mon cœur bat fort; les amers, l'exercice me permettent bien de digérer, ce qui me semble bien indiquer que mes divers organes sont dans un simple état de torpeur. Je ferai exception pour ma vessie qui ne demande qu'à aller. Depuis un an, j'ai pris des bains de mer, des douche froides, des granules d'arséniate de strychnine; mon état ne s'est en rien modifié. »

5 août. — Rien à ajouter au récit du malade. Exploration avec la bougie à boule. Dans l'urèthre antérieur, ni rétrécissement, ni sécrétion. Lavage très soigné du cul-de-sac du bulbe. Contraction forte du sphincter membraneux, la boule détermine de vives douleurs en traversant la région membraneuse et prostatique, d'où elle ramène des filaments, du pus en petits amas crémeux. A l'examen microscopique, ce liquide contient un grand nombre de leucocytes et de granulations beaucoup plus grosses à bord obscur et à centre clair. Pas de spermatozoïdes.

Par le toucher rectal, la prostate ne paraît pas augmentée de volume. Elle est sensible à la pression qui détermine la sortie d'un liquide crémeux, formé de leucocytes et de nombreuses granulations prostatiques.

7 août. — Instillation de 15 gouttes d'une solution de nitrate d'argent à 1/100. Besoins très fréquents d'uriner; quelques gouttes de sang.

8 août. — Bains de siège très chauds de dix minutes de durée. N'a pas uriné la nuit.

9 août. — Instillation peu douloureuse, point de sang.

10 août. — 3 mictions la nuit, 3 dans la journée.

11 août. — Instillation à 10 heures du matin. Elle détermine des besoins d'uriner moins pressants et moins douloureux. 5 mictions de 10 heures et demie à 2 heures; deux dans la soirée; point dans la nuit.

12 août. — 3 mictions dans la journée; pas de mucus en

allant à la selle. Douleurs sacrées notablement diminuées.

13 août. — L'amélioration continue. Massage de la prostate suivi de quelques érections la nuit.

15 août. — Depuis trois jours le malade ne se lève pas pour uriner la nuit, pas de mucus prostatique en allant à la selle. Instillation postérieure.

17 août. — Besoins d'uriner presque nuls; il n'y a plus de douleurs; massage de la prostate qui n'est plus douloureuse à la pression du doigt. Pas de mucus prostatique pendant la défécation. Le malade part pour la campagne et le 25 septembre se trouve complètement guéri.

OBSERVATION IX

(Prise dans le service de M. le docteur Tédénat remplaçant M. Dubreuil.)

URÉTHRITE POSTÉRIEURE LIÉE A DES EXCÈS DE MASTURBATION. —

IMPUISSANCE TEMPORAIRE. — POLLUTIONS NON SPERMATIQUES.

— INSTILLATION. — COURANTS INDUITS DE TENSION. — GUÉRISON.

Jean C., âgé de 23 ans, serrurier né à Nîmes, demeurant à Montpellier, nerveux, intelligent, de bonne santé, n'a jamais eu de blennorrhagie, ni eu de rapports avec des femmes. Abus de la masturbation de 16 à 22 ans (dix à douze fois par semaine). Il a renoncé à l'onanisme d'une façon complète depuis un an, par suite de l'effroi que lui a occasionné l'expulsion pendant les efforts de défécation d'un liquide analogue au sperme; d'ailleurs les érections qui depuis un an et demi étaient rares, font entièrement défaut depuis huit ou dix mois. Des amis, lui ont conseillé, pour guérir la spermatorrhée dont il se croit atteint, de pratiquer le coït; ses efforts n'ont jamais abouti. Son état normal n'est peut-être pas étranger à cette impuissance. Il urine quatre fois la nuit et quinze fois le jour environ, et rend parfois, à la fin de la miction, un liquide blanc et

filant qui contient seulement des globules de pus et des cellules épithéliales. Assez fréquemment, soit le jour, soit la nuit (il sent que du sperme sort). Cette petite éjaculation est uniquement composée de liquide uréthro-prostatique. L'examen de 5 spécimens recueillis le jour n'a jamais permis d'y constater la présence de spermatozoïdes; sauf dans un échantillon recueilli la nuit, mais les pollutions nocturnes sont rares.

Le 3 août 1883, l'examen de l'urèthre est pratiqué au moyen de la bougie à boule; depuis cinq jours, le malade introduit tous les soirs, un suppositoire avec deux centigrammes de morphine, prend six capsules d'essence de térébenthine et urine un peu moins fréquemment.

L'examen est pratiqué une heure et demie après la miction. L'urèthre antérieur est très sensible, mais ne contient aucun produit pathologique; il est lavé avec soin. Contraction forte du sphincter, inter-urétral. Douleurs vives irradiant vers l'anus et vers le gland dans la traversée membrano-prostatique, la boule revient chargée de pus crémeux et de filaments. — Par le toucher rectal, prostate normale, très sensible à la pression.

29 juillet. — Mictions 20 le jour, 5 la nuit.

30 juillet. — Mictions 20 le jour, 4 la nuit.

31 juillet. — Mictions 21 le jour, 3 la nuit. Suppositoire le soir en se couchant.

1^{er} août. — Mictions 19 le jour, 2 la nuit. Une pollution diurne non spermatique. Suppositoire.

2 août. — Mictions 19 le jour, 4 la nuit. Suppositoire.

3 août. — Mictions 25 le jour, 6 la nuit. Passage de la bougie à boule. Suppositoire.

4 août. — Mictions 28 le jour, 2 la nuit. Instillation de 10 gouttes d'une solution à 1/50 faite à 8 heures du matin. 16 mictions entre 8 et 2 heures de l'après-midi.

5 août. — Mictions 15 le jour, 2 la nuit. Mieux appréciable. Suppositoire. 2 grammes de bromure de potassium à l'intérieur.

6 août. — Mictions 18 le jour, 1 la nuit. Moins de liquide rendu en allant à la garde-robe. Instillation de 15 gouttes le matin à 9 heures. 12 mictions de 9 heures à 3 heures.

7 août. — Mictions 8 le jour, 1 la nuit. Mieux sensible, pas de liquide pendant la défécation. Bromure continué.

8 août. — Mictions 14 le jour, 0 la nuit. Instillation à 8 heures du matin.

9 août. — Mictions 6 le jour, 0 la nuit. Pollution spermatique la nuit sous l'influence d'un rêve. Pas de liquide uréthro-prostatique. Sensibilité de l'urèthre.

10 août. — Mictions 6 le jour, 0 la nuit.

11 août. — Mictions 8 le jour, 0 la nuit. Instillation de 15 gouttes à 9 h. du matin.

13 août. — Séance de paradisation, fil mince. Pôle positif dans la vessie, pôle négatif sur la région lombaire. Durée 10 minutes ; bien-être après la séance.

16 août. — Depuis le 11 août, 4 ou 5 mictions le jour, pas la nuit. Séance de paradisation, fil mince.

19 août. — Mieux persiste. Quelques érections, séance de paradisation.

24 août. — Séance de paradisation. Pollution nocturne sous l'influence d'un rêve. A partir de ce jour, tout traitement est supprimé ; le malade prend tous les deux jours une douche froide.

L'hydrothérapie est continuée jusqu'au 1^{er} octobre. A dater de ce moment, la miction est normale, à tous les points de vue, et le malade se livre au coït deux ou trois fois la semaine. Dès les premières relations, l'éjaculation était rapide, mais elle n'a pas tardé à se régulariser.

OBSERVATION X

(Communiquée par M. le docteur TÉDENAT.)

BLENNORRHAGIE LATENTE. — URÉTHRITE ANTÉRIEURE ET POSTÉRIEURE. — ÉPIDIDYMITÉ. — MICTIONS FRÉQUENTES. — TACHYSPERMATISME. — INSTILLATIONS ARGENTIQUES. — PSYCHROPHORE. GUÉRISON.

Louis B..., âgé de 27 ans, lymphatiquo-nerveux, consulte le docteur Tédénat, et lui remet la note suivante :

« J'ai toujours joui d'une excellente santé et n'ai jamais abusé de la masturbation. Après deux années de travail tenace j'entrai à l'École Polytechnique ; je passai ensuite à l'École d'application de Fontainebleau. Sous l'influence de la vie active et régulière que je menais pendant ces quatre années, ma santé se développa encore. En juin 1879, je contractais une chaude-pisse, dont la période aiguë dura six semaines. Le 20 août, tout écoulement ayant cessé depuis deux semaines, il survint une orchite à gauche. L'inflammation du testicule disparut sous l'influence du repos au lit, de frictions mercurielles et d'un suspensoir ouaté mis quinze jours après le début de cette complication. La guérison du testicule était complète, pourtant ma vessie était irritée et j'urinais plus souvent que de coutume, cela arrivait surtout quand je pratiquais le coït. Alors, pendant deux ou trois jours, je pissais une dizaine de fois par jour, deux ou trois fois la nuit en éprouvant une brûlure pénible profondément et des arrêts vers la fin du jet d'urine. Au mois de juillet 1880, trois semaines après le dernier coït, j'eus une légère chaude-pisse qui coula peu et fut modérément douloureuse (durée 20 jours environ). L'écoulement était complètement tari (essence de Santal), mais j'éprouvais toujours des besoins fréquents d'uriner, des tiraillements à l'aîne et à la partie inférieure du dos,

des érections fréquentes et un besoin réitéré du coït que je pratiquais trois ou quatre fois par semaine. En janvier 1882, troisième chaudepisse légère, qui dura deux semaines et me laissa dans le même état.

En novembre 1882, je quittai Paris, pour aller à Montpellier. Le changement de climat me fut favorable, mes besoins d'uriner devinrent moins fréquents, l'ardeur d'uriner moins pénible. Toujours d'ailleurs l'appétit était excellent. Au mois de janvier 1883, malgré une vie très active et des coïts régulièrement pratiqués trois fois par semaine, j'éprouvais de fréquentes pollutions nocturnes; pendant le coït, l'éjaculation se faisait très rapidement et j'éprouvais une douleur brûlante, déchirante dans le périnée, irradiant vers l'anus et le gland. J'urinais dix ou quinze fois par jour, cinq ou six fois la nuit. Les bains tièdes, les douches froides, les ferrugineux ne modifiaient en rien mon état. Bien que mangeant beaucoup et digérant assez bien, j'éprouvais de la peine à me lever du lit le matin, me sentant comme brisé; je ne pouvais travailler le soir sans éprouver des vertiges, mes yeux supportaient mal la lumière, au bout de quelques instants, j'éprouvais des scintillements, le contour des objets devenait indistinct, je ressentais une pesanteur pénible dans la région des sourcils et dans le globe oculaire.

En juillet 1883, fièvre typhoïde peu grave; pendant ma convalescence, je restai en Bretagne à la campagne, vivant au grand air, me livrant à des exercices violents. J'urinais toujours trop souvent, j'avais des pollutions toutes les deux ou trois nuits, je ressentais des douleurs au bas des reins. Divers oculistes m'ont, sans résultat aucun, conseillé des lunettes ou concaves ou convexes; seuls les verres fumés me soulageaient un peu.

Mon état reste stationnaire et même s'aggrave un peu, malgré toutes les apparences d'une bonne santé, cela ne va pas. Je suis une machine qui a besoin d'être remise en marche (10 mars 1884.) »

12 mars. — Atrésie du méat qui laisse à peine passer le

n° 16. de la filière de Charrière. Sensibilité exagérée de l'urèthre antérieur. Pus dans le cul-de-sac du bulbe. Il contient de nombreux gonococcus soit dans les globules, soit dans les cellules épithéliales. Contraction forte du sphincter intra urétral. Douleurs vives irradiant vers l'anus et vers le gland pendant que la boule traverse la portion prostatique et membraneuse. La boule ramène du pus sanguinolent qui vient de l'urèthre postérieur, l'urèthre antérieur ayant été lavé par une instillation d'une pleine seringue de Pravaz contenant 4 grammes. Ce pus contient aussi des gonococcus.

Par le toucher rectal prostate un peu tuméfiée, très sensible à la pression. Rien d'appréciable aux vésicules si ce n'est un peu trop de sensibilité.

Léger nodule épидидymaire.

Myopie O, SD. Rien au fond de l'œil, si ce n'est peut-être un peu de pâleur.

13 mars. — 16 mictions le jour, 5 la nuit.

14 mars. — 15 mictions le jour, 4 la nuit. Pollution spermatique (Examen microscopique).

15 mars. — 12 mictions le jour, 2 la nuit. Suppositoire. Morphine.

16 mars. — 18 mictions le jour, 1 la nuit. I^{re} instillation de 10 gouttes faite à 9 heures du matin, peu douloureuse.

17 mars. — 10 mictions le jour, 2 la nuit. Eponge chaude soir et matin sur la région sacrée.

18 mars. — 12 mictions le jour, 3 la nuit. Eponge.

19 mars. — 17 mictions le jour, 0 la nuit. II^e instillation argentique à 9 heures du matin.

20 mars. — 9 mictions le jour, 1 la nuit. Eponge.

21 mars. — 11 mictions le jour, 2 la nuit. Eponge.

22 mars. — 14 mictions le jour, 1 la nuit. III^e instillation à 8 heures du matin. Eponge.

23 mars. — 8 mictions le jour, 0 la nuit. Eponge. Yeux vont mieux. Trailements lombaires diminués.

24 mars. — 9 mictions le jour, 1 la nuit. Eponge.

25 mars. — 12 mictions le jour, 0 la nuit. IV^e instillation. Eponge.

26 mars. — 8 mictions le jour, 0 la nuit. Eponge.

27 mars. — 8 mictions le jour, 1 la nuit. Eponge. Pollution non spermatique.

28 mars. — 12 mictions le jour, 0 la nuit. V^e instillation.

29, 30, 31 mars. — 7 ou 8 mictions le jour, 0 la nuit. Le 31, débridement du méat.

5 avril. — En moyenne 7 ou 8 mictions le jour. Pas la nuit. Cicatrisation indépendante des lèvres du méat. Erections moins fréquentes. Vue meilleure.

9 avril. — VI^e instillation.

14 avril. — En moyenne 6 mictions le jour. Pas la nuit. Pollution spermatique la nuit dernière. VII^e instillation.

19 avril. — Cinq heures après la miction, la boule exploratrice n'amène aucune sécrétion, ni de l'urèthre antérieur, ni de l'urèthre postérieur. En moyenne 6 mictions. Plus de fatigue de la vue. Erections moins fréquentes. VIII^e instillation à 1/50.

24 avril. — Avant hier coït avec éjaculation prématurée; non suivi d'irritation apparente puisque le nombre des mictions n'a pas augmenté.

Psychrophore. 4 litres d'eau à 26°. Sensation de froid persiste pendant plus d'une demie heure.

25 avril. — Même état.

26 avril. — Psychrophore. 5 litres d'eau à 27°. Sensation de froid pendant une demie heure, plutôt agréable.

28 avril. — Psychrophore.

30 avril. — Coït facile, agréable. Éjaculation moins rapide.

2 mai. — Psychrophore.

5 mai. — Psychrophore. Le malade se trouve très bien. Les érections sont moins fréquentes.

A partir du 10 mai, bain de siège à eau courante et douche froide tous les deux jours.

Le 15 juillet : « J'urine six fois par jour en moyenne, pas la nuit; je puis lire et écrire pendant plusieurs heures sans éprouver aucun trouble de la vue. Je pratique le coït trois

fois la semaine; il ne laisse à désirer que sous un rapport : sa rapidité qui d'ailleurs est moindre qu'avant. »

Six séances de psychrophore (une tous les trois jours) ont déterminé le tachyspermatisme.

Le 3 septembre 1884, M. B., en garnison à Arras, écrivait à M. Tédénat que tout allait très bien, sauf le coït toujours un peu trop rapide.

OBSERVATION XI

(Communiquée par M. le docteur Tédénat).

URÉTHRITE POSTÉRIEURE — CYSTITE — GUÉRISON PAR LES INSTILLATIONS.

Louis Fere..., âgé de 26 ans, docteur en médecine, lymphatico-sanguin, fortement constitué, consulte le docteur Tédénat le 5 mai 1882 et rédige lui-même la note suivante :

« Mon père a eu plusieurs attaques de rhumatisme, depuis quinze ans il est affecté de paralysie agitante; il est âgé de 72 ans. Ma mère est sèche, nerveuse, mais s'est toujours bien portée.

Ma santé a été bonne jusqu'à l'âge de 15 ans. Alors j'eus une attaque de rhumatisme articulaire aigu qui occupa le genou droit, les deux cou-de-pieds, le coude droit. En 1876, cystite du col qui dura une vingtaine de jours et que j'attribue à un froid aux pieds. Au mois de juin 1877, uréthrite légère que je ne soignai pas et qui pendant huit ou neuf mois persista sous forme d'une goutte matinale laissant une tache jaune sur le linge. Je fis alors des excès de coït, mais n'abusai pas des boissons alcooliques.

Pendant les deux années qui suivirent, je remarquai que j'urinais plus souvent le jour, que j'étais obligé de me lever deux ou trois fois pour uriner pendant la nuit (ce qui n'arrivait pas avant); je dormais moins bien. L'émission du sperme

était douloureuse. Lorsque j'avais bu de la bière, le passage de l'urine produisait une cuisson brûlante. J'avais de la pesanteur, comme une gêne au périnée où je ressentais des élancements douloureux quand je toussais ou quand j'éternuais.

Au mois de juin 1881, récurrence d'urétrite qui ne dura pas longtemps et que je soignai par le copahu. Les symptômes précités s'accrochèrent, j'éprouvais des douleurs dans la vessie qui ne tolérait pas la présence de l'urine. Le besoin d'uriner revenait toutes les heures et devait être immédiatement satisfait; cela arrivait surtout quand j'étais resté assis pendant quelques instants.

Une seule fois, après une fatigue, je vis, à la fin de la miction, sortir quelques gouttes de sang par l'urètre.

La nuit j'avais des érections fréquentes, des rêves érotiques avec pollutions trois ou quatre fois par semaine, ce qui me fatiguait beaucoup et me laissait une sorte de pesanteur dans le dos et les reins,

Je ne buvais ni bière, ni liqueurs alcooliques; seulement du vin coupé d'eau à mes repas. L'appétit était bon le matin, mais le soir je ne mangeais presque rien; les digestions étaient lentes. Je pratiquais le coït trois fois par semaine.

Souvent, surtout la nuit, j'éprouvais une pesanteur sourde dans le rectum, comme si j'avais une envie permanente d'aller à la garde-robe.

Aujourd'hui (15 mai 1882), je ne ressens plus de douleurs dans la vessie, mais j'urine une dizaine de fois dans la journée, quatre fois la nuit. Mes digestions sont lentes, j'ai des coliques sourdes et des ballonnements du ventre. La rhubarbe, l'eau de Vichy, la limonade chlorhydrique n'ont jamais amélioré l'état de mes fonctions digestives.

Le soir, étant toujours très fatigué, je me couche de bonne heure. Une ou deux heures après que je suis au lit, je me réveille en érection agaçante et pénible; je suis obligé de me lever. Couché, j'ai une pesanteur, quelquefois même une vraie douleur dans les lombes. Je me lève le matin aussi fatigué que je l'étais le soir en me couchant. »

L'explorateur à boule trouve le canal très sensible partout, mais surtout dans la région membrano-prostatique d'où il ramène du pus et du sang. Il ne ramène rien du cul de-sac du bulbe. Pendant les deux jours qui suivent, après chaque miction, il sort quelques gouttes de sang.

Prostate douloureuse, sensiblement tuméfiée. »

Le malade reprend la parole :

Du 15 mai au 1^{er} juin. — 10 gouttes de liqueur de Fowler à chaque repas. 1 gramme de bromure de calcium le soir. Un bain sulfureux tous les deux jours.

1^{er} juin. — Diminution très marquée des érections nocturnes. Un peu moins de fréquence des mictions. Affaiblissement des pesanteurs au périnée et au rectum. Je me trouve mieux.

3 juin. — Suppositoire avec 2 centigrammes de morphine mis à 2 heures de l'après-midi. Repas très léger à 6 heures. Instillation de 15 gouttes d'une solution de nitrate à 1/50 dans la région prostatique.

Je sens à mesure que le liquide tombe dans le canal une sensation agréable de fraîcheur qui, au bout de deux ou trois minutes, fait place à une sensation de chaleur avec besoin d'uriner. Une heure après, frissons erratiques, vertiges, nausées, vomissements bilieux. Je dors bien à partir de 3 heures du matin.

6 juin. — Le lendemain de l'instillation, j'éprouve une très légère brûlure en urinant ; dans la nuit je me lève une fois seulement. Hier, toute douleur en urinant a cessé. 8 mictions le jour, 2 la nuit dernière.

Aujourd'hui, à 9 heures du soir, II^e instillation non précédée de suppositoire, mais suivie des mêmes accidents qui accompagnèrent la première, bien moins intenses pourtant. Il faut donc les imputer à l'injection et non pas à l'action de la morphine.

9 juin. — Mieux sensible. III^e instillation qui détermine seulement des besoins fréquents d'uriner pendant une heure.

13 juin. — Le mieux continue. IV^e instillation.

Le malade prend des bains sulfureux tous les deux jours jusqu'au 3 juillet. A cette époque, il se trouve beaucoup mieux mais n'est pas complètement guéri.

OBSERVATION XII

(Communiquée par M. Tédénat).

URÉTHRITE POSTÉRIEURE ET RÉTRÉCISSEMENT ÉPIDIDYMIQUE ÉNORME A RÉPÉTITION.

Louis Ch..., ancien sous-préfet, 54 ans, sanguin, toujours bien portant sauf blennorrhagie à 23 ans qui, traitée uniquement par le copahu dura un an et ne laissa pas de goutte militaire. Dès 40 ans, excès alcooliques. A 43 ans, gêne de la miction qui devient très fréquente; à 45 ans orchite droite qui se résout mal, un an après plusieurs poussées d'épididymite. A 47 ans, gonflement énorme de l'épididyme, gêne considérable de la miction. Alors le docteur Jacquemet pratique l'uréthrotomie interne avec succès. Diminution rapide de l'épididyme (bandelettes de diachylon) qui, en quatre ou cinq mois, est à peine plus gros que celui du côté sain. En 1880, le malade, n'ayant pas passé de sonde depuis l'époque de l'uréthrotomie, faite cinq ans avant, ressent de nouveau de la gêne pour uriner. Peu à peu l'épididyme s'engorge. Le 3 mai 1881, il prie M. Tédénat de pratiquer la castration car « il n'y a pas de doute, il est atteint d'un sarcocèle cancéreux ». M. Tédénat constate: 15 à 20 mictions dans la journée. Rétrécissement très étroit (8 de Charrière). Epididyme décuplé de volume, à peu près lisse, fusionné avec le testicule, vaginale éparpié. Pas d'albuminurie, 8 mai, uréthrotomie interne, tout se passe bien et le 25 mai, le 23 de Charrière pénètre jusqu'à la vessie sans difficulté. Alors, suspensor ouato-caoutchoucté compressif. Diminution rapide de l'épididyme qui, à la fin de juillet, était encore triple de l'épididyme sain. Au mois de mars 1883, le malade mourut d'apoplexie cérébrale.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

JAMIN. — *Etude sur l'urétrite chronique Blennorrhagique*. Thèse de Paris, 1883.

MÉDARD. — Thèse de Montpellier, 1882.

MOILLIÈRE (Daniel). — *Dictionnaires des sciences médicales*. (article spermatorrhée).

SAPPEY. — *Traité d'anatomie descriptive*.

CADIAT. — *Journal de l'anatomie et de la physiologie* de M. Charles Robin.

TEDENAT. — *Medical News and Library*, 1877 et 1880.

LEPREVOST. — Thèse de Paris, 1884.

OTTIS. — *On stricture of the mas. uréthra*, New-York, 1875.

KEYES ET VAN BUREN. — *Génito urinary diseases*.

WADE. — *Stricture of the uréthra*, 4^e édition, page 318.

BARNIER et VEDRINE. — Thèse de doctorat, 1873.

FOURNIER. — Art. Blennorrhagie aigüe du *Nouv. dict. de médecine*.

ERAUD. — *De l'urétrite postérieure*. *Lyon Médical*, 1^{er} janvier 1885.

CABIBEL. — Thèse de Montpellier, 1882.

GUYON. — *Clinique et maladies des organes genito-urinaires*.

BERTRAND. — Thèse de Lyon, mars 1884.

ROLLET. — *Gazette hebdomadaire de Paris*, 1854.

POULORT. — Thèse de Paris, 1872.

CIVIALE. — *Traité des maladies des organes genito-urinaires*, tome II, page 139.

DIDAY. — *Thérapeutique des maladies vénériennes*, pages 30 et 32.

